Rok XLVIII. Kraków, dnia 8. maja 1909. Nr 19.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z Zakładu medycyny sądowej Uniwersytetu Jagiellońskiego. (Dyrektor Prof. Dr L. Wachholz).

Z kazuistyki obrażeń schyłkowych.

Podał

Jan Nowaczyński,

stud. med.

Obrażenia schyłkowe powstają w największej liczbie przypadków wówczas, gdy człowiek wskutek nagłej utraty przytomności, która poprzedza zejście śmiertelne, upada bezwładnie na twardą podstawę. Zdarzają się one u ludzi, zmierających czyto z powodu zmian anatomicznych serca, płuc, czy też w następstwie udaru mózgowego, względnie wskutek różnorodnych urazów, godzących w okolice, mieszczące narządy dla życia ważne. Nagłość zejścia, siła upadku, oraz szereg innych okoliczności, wśród których upadek następuje, wpływają na rozległość i rodzaj obrażeń; można się tu spotkać z otarciami naskórka, ranami różnego rodzaju, złamaniami kości, zwichnięciami stawów, złamaniami czaszki, połączonemi z krwotokami, złamaniami kręgosłupa, pęknięciami narządów wewnętrznych.

Obrażenia schyłkowe stanowią niejako przejście między obrażeniami, powstałemi za życia, a pośmiertnemi, posiadać też mogą cechy tak jednych, jak i drugich, a więc okazują już to wyraźne, już to nieznaczne podbiegnięcia krwawe, względnie brak im zupełnie odczynu życiowego, a to zależnie od króciej lub dłużej utrzymującej się jeszcze czynności serca po doznaniu obrażenia na schyłku życia.

W piśmiennictwie znajdujemy dość liczne opisy obrażeń schyłkowych. Zanim je przytoczę, pozwolę sobie opisać dwa przypadki, których sekcya dokonana, w tutejszym Zakładzie medycyny sądowej, stwierdziła obecność takich obrażeń.

Pierwszy przypadek dotyczył niejakiego M. St., mężczyzny lat 60 liczącego, zmarłego przed kilku laty nagle w łaźni parowej.

Protokół sekcyi opiewa:

1. Zwłoki mężczyzny, dobrze zbudowanego i odżywionego, 164 cm długie. Skóra zabarwiona cytrynowo-żółto (żółtaczka). Zarost siwy na głowie i brodzie. Plamy pośmiertne jasno-wiśniowe na zwykłych miejscach. Stężenie pośmiertne w kończynach dolnych utrzymane.

2. Obrażenia: Tuż nad nasadą nosa ku prawej stronie dwa otarcia naskórka zaschnięte: jedno wielkości korony, drugie wielkości halerza, krwią podbiegnięte. Na skrzydle nosowem prawem dwa otarcia naskórka wielkości halerza o tych samych cechach; na wardze górnej po stronie lewej takieżsamo otarcie wielkości centa. W środku brody otarcie wielkości fasoli. Na ramieniu lewem otarcie wielkości dwu guldenów obok siebie położonych, pergaminowato zaschnięte, bez podbiegnięcia; na ramieniu prawem otarcie wielkości grochu, nad kolanem prawem i pod rzepką dwa otarcia wielkości centa, przyschnięte i krwią podbiegnięte. Na powierzchni stopy prawej otarcie wielkości grochu, a w okolicy kłykcia zewnętrznego goleni siniec wielkości guldena. Z tyłu w okolicy 7. kręgu szyjnego w linii środkowej ciała otarcie wielkości talara, silnie krwią podbiegnięte.

Wewnętrznie: Powłoki czaszki po stronie wewnętrznej w miejscu, pokrywającem guz lewej kości czołowej, okazują wynaczynienie wielkości halerza. Sklepienie czaszki nieuszkodzone; kości prawidłowej grubości, opona twarda oddziela się łatwo, żółtaczkowo zabarwiona, gładka. Zatoki próżne, opony miękkie silnie nastrzykane; pod oponami w okolicy płatu bocznego lewego widać między zagłębieniami zwojów krew wynaczynioną ciemno-wiśniową, wiotko skrzepłą, w ilości pół łyżki. Mózg prawidłowej zbitości, prawidłowy i nieuszkodzony. Tętnice podstawowe bez zmian; komory próżne; zwoje podstawowe, móżdżek i rdzeń przedłużony bez zmian.

3. Krtań i tchawica próżne; błona śluzowa lekko przekrwiona, tkanka śródpiersia cytrynowo żółta, bez zmian. Ułożenie trzew klatki piersiowej prawidłowe. Płuco prawe z opłucną ścienną wiotkimi zrostami połączone, po stronie lewej zrosty ściślejsze. Opłucna gładka, nielicznemi wybroczynami pokryta. Miąższ płuca prawego przekrwiony, mało powietrzny, na przekroju zalewa się cieczą pienistą, krwawą. Płuco lewe taksamo; w górnych częściach przybrzeżnych okazuje rozedmę miernego stopnia.

4. Osierdzie gładkie, lśniące, żółtaczkowo zabarwione; w worku osierdziowym mierna ilość płynu przesączynowego jasnego. Pod osierdziem serca prawego mierna ilość tkanki tłuszczowej. Komora lewa próżna; wsierdzie okazuje nasiąknięcie krwawe, bez zmian; mięsień sercowy kruchszy, żółtawo zabarwiony. Komora prawa powiększona, mięsień cienki, tłuszcz silnie rozwinięty, granica niewyraźna; wsierdzie przesiąknięte barwikiem krwi. W całym mięśniu sercowym nieliczne białe ogniska łącznotkankowe. Naczynia wieńcowe pokręcone, twarde. Tętnica główna prawidłowej szerokości, ściana nasiąknięta barwikiem żółci, nierówna, miejscami stwardniała.

5. Gardło, przełyk bez zmian. Ułożenie trzew jamy brzusznej prawidłowe. Żołądek, jelita gazami rozdęte; żołądek zawiera pół litra treści pokarmowej; błona śluzowa bez zmian. Jelita zawierają treść właściwą, błona śluzowa bez zmian, tylko w jelicie ślepem szaro-łupkowo zabarwiona. 6. Śledziona mała, miąższ zielonkawo-wiśniowo zabarwiony, rozłażący się. 7. Wątroba prawidłowej wielkości, miąższ zielonkawo-wiśniowy, nieco kruchszy; woreczek żółciowy większy, przewód rozszerzony, błona śluzowa nierówna, sprawia uczucie jakby zawierała piasek. 8. Nerki prawidłowej wielkości, bez zmian. 9. Kościec nieuszkodzony.

Wydane w przypadku tym orzeczenie brzmiało:

Przyczyną śmierci stało się porażenie mięśnia sercowego w następstwie włóknistego zwyrodnienia i stłuszczenia, przyczem jako czynnik usposabiający uważać należy działanie wyższej ciepłoty, panującej w łaźni. Obrażenia zewnętrzne, sekcyą stwierdzone, powstały przy upadnięciu

denata ze schodów łaźni. W przypadku tym, jak zresztą orzeczenie podaje, owe wyżej wymienione liczne otarcia naskórka bezsprzecznie uznać należy za obrażenia schyłkowe, powstałe w chwili, gdy denat, utraciwszy przytomność w następstwie nastającego porażenia serca, upadł na schody łaźni.

Drugi przypadek tyczył się niejakiego L. F., mężczyzny lat 31 liczącego, zmarłego w klinice chirurgicznej, gdzie chory po udzieleniu mu porady lekarskiej poderżnął sobie gardło scyzorykiem.

Protokół tej sekcyi opiewa:

1. Zwłoki mężczyzny dobrze zbudowanego i odżywionego 176 cm długie. Plamy pośmiertne skąpe, mało wyraźne. Stężenie pośmiertne wszędzie utrzymane. Spojówki i powłoki ciała blade.

2. W środku czoła ciemno-brunatne otarcie naskórka wielkości korony. W otoczeniu na przestrzeni pięciokoronówki podbiegnięcie krwawe. Nad kością ciemieniową prawą blizna, 2 cm długa, powierzchowna, strupkiem pokryta; nad szczytem czaszki dwa obok siebie leżące otarcia naskórka, z których jedno 1/2 cm długie, drugie kształtu i wielkości grochu. W środku szyi rana, okrążająca szyję, a rozpoczynająca się w środku karku, stąd ku dołowi i przodowi biegnąca i kończąca się również w środku karku na 3 cm poniżej jej początku. Brzegi rany ostre, gładkie, jak i dno krwią podbiegnięte. Rana w swym początku przenika tylko skórę, pogłębiając się w dalszym ciągu przenika powierzchowne warstwy mięśni i drobne naczynia żylne, przecina krtań w ten sposób, iż oddziela od chrząstki tarczowatej nagłośnię i przecina przednią ścianę przełyku; po stronie prawej w miejscu przebiegu mięśnia mostkowo-sutkowo-obojczykowego pozostawia mostek utrzymanej skóry i odtąd płytko przenika jedynie skórę. Wielkie naczynia tętnicze i żylne szyi oraz nerwy nieuszkodzone. W obu przegubach łokciowych po jednej ranie prostolinijnej, 5 cm długiej, szwami spojonej. Na grzbiecie ręki prawej nieregularne otarcie naskórka. Twarz, szyja, klatka piersiowa, obie ręce skrzepłą krwią powalane. 3. Zresztą brak obrażeń.

Wewnętrznie:

4. Powłoki czaszkowe po stronie wewnętrznej w miejscu opisanego otarcia naskórka krwią podbiegnięte. Opona twarda gładka, cienka, między nią a lewą kością ciemieniową na przestrzeni dłoni dziecka ciemniejsze i jaśniejsze skrzepy krwi, do opony i kości ściśle przylegające; zresztą opona twarda i miękkie gładkie, cienkie. Podstawa czaszki nieuszkodzona. Sklepienie czaszki okazuje dwa podłużne pęknięcia kości ciemieniowej lewej, do 10 cm długie, od dołu i zewnątrz ku górze i wewnątrz biegnące. Naczynia podstawy cienkie, zatoki żylne próżne.

5. Płuca wolne, opłucne gładkie, lśniące, miąższ płuc wszędzie powietrzny, jędrny, gładki, wydziela ciecz pienistą, jasną.

6. Osierdzie, nasierdzie bez zmian. Serce pośmiertnie stężałe, próżne; pod wsierdziem komory lewej drobne wybroczyny. Zastawki, wsierdzie gładkie, cienkie. Na błonie wewnętrznej tętnicy głównej drobne zgrubienia. Mięsień sercowy jędrny, blady. Ściany naczyń wieńcowych zgrubiałe.

7. Śledziona, wątroba, obie nerki prawidłowej wielkości, blade, bez zmian. 8. Żołądek zawiera nieco skrzepów krwi, bł. śluzowa blada; jelita cienkie i grube zawierają treść właściwą; błona śluzowa bez zmian. 9. Kościec nieuszkodzony.

Wynik sekcyi w tym przypadku, a więc obecność rozległej rany ciętej na szyi, ślady znacznego krwotoku zewnętrznego, wreszcie niedokrwienie wszystkich narządów wewnętrznych obok wybroczyn pod osierdziem komory lewej, które według badań Hofmanna[1]), a w ostatnich czasach Marxa[2]) za jedną z dość charakterystycznych cech śmierci ze skrwawienia uważać należy, przemawiał dowodnie za tem, iż denat zmarł skutkiem utraty znacznej ilości krwi. Stwierdzone więc równocześnie sekcyą pęknięcia sklepienia czaszki łącznie z krwotokiem podoponowym za przyczynę śmierci uważanem być nie mogło, a stanowiło natomiast obrażenie schyłkowe. Wytłómaczenie sposobu powstania tego obrażenia i określenie go jako schyłkowego było na podstawie wywiadów, udzielonych przez lekarzy klinicznych, zupełnie łatwe. Denata znaleziono leżącego w ten sposób na kamiennych schodach, prowadzących na strych kliniki, iż nogi denata leżały na kilku wyższych stopniach, natomiast głowa i tułów niżej. Nie mogło więc ulegać wątpliwości, iż samobójca po zadaniu sobie śmiertelnej rany upadł w dół ze schodów, a uderzając o nie, doznał pęknięcia czaszki. Za schyłkowem powstaniem obrażenia przemawiał jeszcze brak znaczniejszego krwotoku śródczaszkowego.

Powyższe dwa przypadki, zwłaszcza zaś drugi, dowodzą dostatecznie, jak ważną jest znajomość obrażeń schyłkowych i jak łatwo budzić one mogą w danych okolicznościach podejrzenie wrogiego działania ręki obcej.

Rozpoznanie obrażenia jako schyłkowego nie nasuwa poważnej trudności, o ile obrażenie nie jest zbyt rozległe, nie dotyczy narządów dla życia ważnych, brak mu wyraźnego życiowego odczynu i jeśli sekcya stwierdzi czy to zmiany chorobowe, czy też inne uszkodzenia, które w sposób wystarczający tłómaczą śmierć denata; trudnem natomiast staje się rozpoznanie właściwe, gdy chodzi o obrażenia rozległe, w skutkach doniosłe, jak np. złamanie czaszki połączone z uszkodzeniem mózgu, pęknięcie narządów wewnętrznych z krwotokami, które to obrażenia same przez się mogą stanowić już dostateczną przyczynę śmierci, lub też gdy znajdując się obok innych równie rozległych obrażeń, względnie obok zmian chorobowych, właściwą przyczynę śmierci stanowiących, każą przypuszczać t. zw. zbieg przyczyn śmierci *(concurrentio causarum mortis)*. Równie trudnem może być rozstrzygnięcie, z jakiego rodzaju obrażeniem mamy do czynienia, jeśli np. zmiany chorobowe narządów wewnętrznych, będące przyczyną śmierci, są mało wyraźne, jak to często się zdarza w przeróżnych stanach chorobowych mięśnia sercowego, w początkowych okresach chorób zakaźnych, w przypadkach, w których śmierć nastaje wśród napadu drgawkowego i t. p. W celu uniknięcia w takich przypadkach pomyłek, należy poddać narządy wewnętrzne, w szczególności mięsień sercowy badaniu mikroskopowemu, rozważyć ściśle wszystkie okoliczności, towarzyszące przypadkowi, — nierzadko wstrzymać się z wydaniem stanowczego orzeczenia aż do ukończenia dochodzeń sądowych.

Z piśmiennictwa zasługują na wzmiankę następujące przypadki.

Casper[3]) stwierdził w jednym przypadku u denata, którego znaleziono w ścieku ulicy, ranę na grzbiecie nosa, drążącą do kości, z równoczesnem podbiegnięciem krwawem obu powiek lewego oka, wynaczynienie krwi między kości czaszki a opony, oraz szczelinę na podstawie czaszki po stronie lewej; powłoki miękkie czaszki nie były uszkodzone. Zdaniem Caspra obrażenia te wywołał upadek denata, nałogowego pijaka, na ostry brzeg kamiennego ścieku.

Dittrich[4]) sekcyonował zwłoki znalezione w rowie, i wykazał obok daleko posuniętych zmian w mięśniu ser-

[1]) Lehrb. der gerichtl. Med. 1903, str. 356.

[2]) Zeitschr. für Med. B. 1902.

[3]) Handb. der ger. Med. 1889, str. 111.

[4]) Handb. der ärztlichen Sachverst. Tätigkeit. III. T., str. 341.

cowym, naczyniach wieńcowych, mierny krwotok pod oponami miękkiemi w okolicy kości ciemieniowej jakoteż krwią podbiegnięte złamanie trzonów kręgu 3. i 4. szyjnego. Obrażenia te określa on jako obrażenia schyłkowe, przyjmując, iż denat w chwili nagłego osłabienia czynności serca upadł głową pochyloną ku przodowi do rowu. Za tym sposobem upadku przemawiało jeszcze złamanie rożków górnych chrząstki tarczowatej bez śladów obrażeń szyi, któreby świadczyły o ewentualnem działaniu obcej ręki.

Wreszcie opisuje Haberda[5]) dwa przypadki. W jednym, podobnym do przypadku Dittricha, wykazała sekcya u denata, który nagle upadł na ulicy i po dwu dniach, w ciągu których skarżył się tylko na ból głowy, zmarł, daleko posunięte zmiany ścian naczyń wieńcowych serca i tętnicy głównej, blizny w mięśniu sercowym tłuszczowo zwyrodniałym, nerki marskie i przerost serca, a jako przyczynę śmierci świeże ropne zapalenie opon mózgowych, wywołane złamaniem kości w stropie oczodołu, które powstało przy upadku denata w chwili niedomogi serca. W drugim przypadku, ciekawym o tyle, iż niema podobnego w piśmiennictwie, nastąpiło pęknięcie prawej komory serca w chwili upadku, spowodowanego nagłą śmiercią w następstwie porażenia serca. Znaleziono obok zmian anatomicznych serca, podłużną, 15 mm długą szczelinę, biegnącą wzdłuż przedniego rowka prawej komory, o brzegach nierównych, nie podbiegniętych krwią, w worku osierdziowym zaś około 40 cm^3 płynnej krwi. Że to pęknięcie nie mogło stać w związku przyczynowym ze śmiercią, o tem świadczyła obecność nieznacznej ilości krwi w worku osierdziowym, obok zupełnego braku podbiegnięć w miejscu pęknięcia, co pozwalało przypuszczać, że pęknięcie powstało w chwili ustania czynności serca.

O pęknięciu lewej komory serca, jako obrażeniu schyłkowem, wspomina w swym podręczniku Hofmann[6]). Pęknięcie takie stwierdzić miał Rokitansky u osobnika, który zmarł śmiercią przez powieszenie, zaś Haumeder u człowieka, zmarłego wskutek krwotoku mózgowego.

W końcu nadmienić należy, iż do uszkodzeń schyłkowych zaliczają autorowie także obrażenia, zadane podczas stosowania zabiegów ratunkowych w formie czyto otarć naskórka, pergaminowato zaschłych, znajdujących się zazwyczaj na ramionach i klatce piersiowej, a będących następstwem stosowanego sztucznego oddychania, czy śladów po ukłuciu igłą Pravatza: te ukłucia przedstawiają się często jako okrągłe, wypukłe, twarde, blado-szare miejsca, które po nacięciu wyglądają jakby ugotowane, a wejrzeniem swem mogą przypominać oparzenie trzeciego stopnia, zmiany wywołane działaniem kwasu siarkowego lub guzy krwawe, te ostatnie tem łatwiej, że wskutek samego ukłucia następuje wybroczyna w otaczającą tkankę. Pochodzenie tych obrażeń jednakowoż łatwo określić, gdyż po nacięciu tych miejsc czuje się woń środka, stosowanego w celach ratunkowych, np. kamfory lub eteru.

---

[5]) Zur Lehre von den agonalen Verletzungen. Wien. klin. Wochenschrift 1897, Nr 8.

[6]) l. c. 486.

Ciąża zewnątrzmaciczna, jej rozpoznawanie i wskazania lecznicze.

Napisał

Dr Stanisław Peszyński w Berdyczowie (Ukraina).

Sprawa ciąży zewnątrzmacicznej powinna być uważana za jedną z najaktualniejszych i domagających się gruntownego zbadania ze stanowiska medycyny ogólnej, a to z następujących powodów:

Większość ogółu lekarskiego sądzi o ciąży zewnątrzmacicznej, że jest ona jednym z niezmiernie rzadkich stanów chorobowych ustroju kobiecego i że stanowi ona przedmiot badania oraz leczenia, należący wyłącznie do lekarzy położników i ginekologów.

Rzeczywistość atoli zaprzecza stanowczo słuszności obydwu powyższych zdań.

Dzięki bowiem znacznemu rozszerzeniu horyzontów wiedzy lekarskiej i udoskonaleniu techniki badania, dało się w ciągu paru ostatnich dziesiątków lat stwierdzić wybitną częstość przypadków ciąży z zewnątrzmacicznem umieszczeniem zapłodnionego jajka. Z drugiej strony nie ulega wątpliwości, że dzięki temu, iż pierwsze objawy takiej ciąży, zmuszające do wezwania pomocy lekarskiej, nie mają specyalnych cech choroby kobiecej, a tylko znamiona natury ogólnej, mogące łatwo wprowadzić w błąd otoczenie chorej, przeto w tych przypadkach bywa najczęściej wzywany lekarz internista.

Zważywszy jednak, że większość lekarzy internistów i lekarzy praktycznych, którzy, bądź dla braku możności, bądź dla braku chęci, nie zdążyli zdobyć sobie w dziedzinie położnictwa i ginekologii więcej wiadomości, niż nam ich dostarczają wykłady profesorów i klinika w ciągu stosunkowo krótkiego okresu studyów uniwersyteckich, uważam za rzecz niezbędną i konieczną zwrócić na sprawę przezemnie poruszoną uwagę ogółu lekarskiego, nie wyróżniając w nim w danej chwili lekarzy zajmujących się lub nie zajmujących się położniczo-ginekologiczną praktyką.

Ciąża zewnątrzmaciczna do niedawna jeszcze była uważana, jak nadmieniłem, za zdarzenie wyjątkowo rzadkie. I tak w podręczniku położnictwa Łazarewicza (wyd. 1879) spotykamy zdanie, że przypadki ciąży zewnątrzmacicznej zdarzają się niezmiernie rzadko: na 500.000 porodów jeden raz. W dziele Karola Schrödera (wyd. 11-te 1891) powiedziano już, że ciąża zewnątrzmaciczna jest wcale nierzadką nieprawidłowością (...»keineswegs allzuseltene Anomalie«). Prof. Auvert w swojem dziele »Traité d'accouchements« (wyd. 1894) powiada, że jedna ciąża zewnątrzmaciczna przypada na 10.000 prawidłowych ciąży (co stanowi już 50 razy więcej, niż u Łazarewicza). Prof. v. Winkel w swojem dziele (wyd. 1904), uchylając się od podania ogólnych liczb statystycznych ze względu na brak pewnej statystyki w tej sprawie, ogranicza się do statystyki własnej, przyczem okazuje się, że w ciągu niecałych pięciu lat wśród 3600 chorych ginekologicznych w jego klinice stałej było 120 przypadków ciąży zewnątrzmacicznej, co stanowi 3,3%. Nakoniec w IV tomie »Real-Encyklopädie« Eulenburga (wyd. 1908) spotykamy następujące słowa: »Nakształt powodzi napływające wciąż mnóstwo publikacyi o przypadkach ciąży zewnątrzmacicznej mogłoby doprowadzić do wniosku, że nieprawidłowe umieszczanie się jajka zaczęło zdarzać się ostatnimi laty z zadziwiającą wzrastającą częstością. Wszakże do takiego wniosku nie uprawniają nas jakiebądź zmiany, spostrzegane w narządzie rodnym współczesnych nam kobiet, u których nie znajdujemy nawet żadnych nowych postaci zaburzeń ginekologicznych. Mnożenie się ludności krajów cywilizowanych nie daje nam również zadowalniającego tłómaczenia tego ciekawego faktu. Tłómaczenie zaś polega jedynie na tem, że równocześnie z udoskonaleniem sposobów badania, rozwój techniki operacyjnej oraz ogromny przybytek doświadczenia zawodowego dają w obecnym czasie prawo otwarcia jamy brzusznej, skoro tylko daje się z pewnem prawdopodobieństwem rozpoznać ciąża pozamaciczna«[1]).

Nader prawdopodobnie brzmi zdanie Dührssena, że przypadki ciąży zewnątrzmacicznej zdarzają się coraz częściej wskutek wzrastającego rozpowszechnienia się zakażenia wiewiórowego.

W naprędce zebranem przezemnie piśmiennictwie, obejmującem okres nie więcej, jak 25—30-letni, narachowałem 2.172 przypadków ciąży zewnątrzmacicznej.

Tak więc wobec niewątpliwej i oczywistej częstości tej

sprawy, wobec przeświadczenia, że większa część takich przypadków dostaje się do rąk niespecyalistów, powinniśmy uznać naglącą potrzebę jej rozpatrzenia, zwłaszcza, że ciąża zewnątrzmaciczna, nastręczając mniej doświadczonemu lekarzowi dużo trudności rozpoznawczych, doprowadza go częstokroć do wręcz fałszywego rozpoznania i zależnie od tego do najniewłaściwszych i nawet wprost szkodliwych zabiegów leczniczych. Zabiegi owe potęgując i bez tego niebezpieczne wielce położenie kobiet w ciąży zewnątrzmacicznej, pociągają za sobą niejednokrotnie najsmutniejsze wyniki, które nadomiar złego, przypisywane jakim innym, mylnie pojętym przyczynom, częstokroć nie pozostawiają w świadomości lekarza nawet najmniejszego przypuszczenia o jego fatalnej pomyłce.

Nie mam wcale zamiaru przedstawić sprawy ciąży zewnątrzmacicznej w całej jej rozciągłości. Przemknę się tylko przez etyologię, której stan obecny w obszernym i bardzo zajmującym artykule przedstawił niedawno dr L. Lorentowicz w »Gazecie lekarskiej«. Streszczę jak najkrócej anatomię i histopatologię, a omówię dokładniej te tylko strony zajmującej mię sprawy, które dla celów i zadań medycyny praktycznej mają pierwszorzędną wartość. Mam tedy na względzie symptomatologię i dyagnostykę ciąży zewnątrzmacicznej, a następnie wskazania do jej leczenia.

Ciąża zewnątrzmaciczna pochodzi stąd, że zapłodnione jajko nie dostaje się do miejsca swego przeznaczenia — do jamy macicy, lecz zatrzymuje się i rozwija na jakimkolwiek punkcie pomiędzy jajnikiem i macicą. Przyczyn, które powstrzymują jajko w czasie przesuwania się jego przez jajowód i wywołują jego zagnieżdżenie się w miejscu nieprawidłowem, należy szukać bądź w pewnym stanie zapłodnionego jajka, który dalsze jego przesuwanie się utrudnia lub przedwcześnie przerywa, bądź to w niedostatecznem działaniu siły przesuwającej, bądź też wreszcie w mechanicznych przeszkodach, jakie ono na swej drodze spotyka, a które mogą zależeć albo od zmian w samym jajowodzie powstałych, albo też od przyczyn po za nim leżących.

Względnie do miejsca przyczepu jajka, odróżniamy ciążę jajnikową, brzuszną czyli otrzewną i jajowodową, tę zaś ostatnią dzielimy na ściśle jajowodową, jajowodowo-maciczną i jajowodowo-jajnikową.

Ciąża zewnątrzmaciczna ma bezwarunkowo cechy patologiczne wskutek tego, że umieszczenie i dalszy rozwój zapłodnionego jajka, wobec braku tych urządzeń ochronnych, jakie macica w odrębnych szczegółach swej budowy posiada, wywierają niszczący wpływ na tkanki w miejscu jego przytwierdzenia. Nadto nie zostaje osiągnięty właściwy cel ciąży, ponieważ przy tak nieprawidłowem umieszczeniu płodu zostaje wyłączony wpływ sił wydalających, dzięki którym płód, doszedłszy do zupełnego rozwoju w ustroju matki, zostaje zeń wydany na świat.

Ciąża zewnątrzmaciczna bardzo rzadko dochodzi do końcowego okresu, jakim jest zupełny rozwój płodu, najczęściej następuje przedwczesne, a w przeważnej liczbie przypadków nawet bardzo wczesne przerwanie ciąży wskutek samorodnego pęknięcia worka płodowego. Zdarza się to najczęściej w drugim lub trzecim, rzadziej w czwartym miesiącu ciąży. Daleko rzadziej następuje we wczesnych okresach ciąży obumieranie jajka bez uprzedniego nadwerężenia jego błon; niezmiernie rzadkie są także przypadki, w których ciąża zewnątrzmaciczna, pokonawszy wszelkie zagrażające jej niebezpieczeństwa, zdoła dotrwać przy żywym płodzie do drugiej połowy swego terminu.

Przerwanie ciąży zewnątrzmacicznej z pęknięciem worka płodowego następuje w sposób dwojaki: albo rozrywa się część worka, zwrócona do światła jajowodu, i w tym przypadku następuje poronienie jajowodowe; albo też rozrywa się część worka, zwrócona ku ścianie trąbki wraz z tą ścianą i jej otrzewnem okryciem, w tym drugim przypadku mamy anatomiczny i kliniczny obraz pęknięcia jajowodu.

Pierwszy wypadek zdarza się częściej, drugi rzadziej, ale zdarzają się niekiedy obydwa razem. Pęknięciu błon płodowych, niezależnie od tego, czy się ono kieruje ku światłu, czy też ku powierzchni jajowodu, towarzyszy zawsze krwotok. W przypadku poronienia, krew się wylewa do jajowodu, a przez jej otwór brzuszny może się dostawać do jamy brzusznej; w drugim przypadku, t. j. przy pęknięciu worka płodowego wraz ze ścianą jajowodu, krew wylewa się bezpośrednio do jamy brzusznej. Taki przypadek sprowadza zazwyczaj o wiele cięższe następstwa dla matki, niż poronienie jajowodowe, chociaż pod względem anatomo-patologicznym obydwie sprawy znajdują się w bardzo blizkim związku genetycznym. Istotnej przyczyny pęknięcia ciężarnego jajowodu nie można upatrywać tylko w biernem rozciąganiu jej ścian, dokonywanem przez stały wzrost jajka, lecz przedewszystkiem i głównie jest ono wynikiem przeżarcia, jakie jajko wywiera na tkanki ustroju macierzyńskiego, wysyłając w głąb owych tkanek — w danym przypadku w głąb ściany jajowodu — swe korzenie, czyli ramiona ektodermalne, które w sposób nieprzeparty dążą ku powłoce surowiczej jajowodu.

Pęknięcie jajowodu w jednej grupie przypadków następuje nagle, kiedy jej ściana, ścieńczała i dawnej spoistości pozbawiona, rozrywa się pod wpływem raptownie wzmożonego ciśnienia w worku płodowym wskutek bodźca miesiączkowego lub wreszcie pod wpływem urazu (uderzenia, upadku, ucisku na powłoki brzuszne, badania). Tworzy się przytem mniejsza lub większa szczelina, przez którą całe jajko wyśliznąć się może; najczęściej jednak jajko nie traci łączności ze ścianą worka płodowego. W znacznej wszakże liczbie przypadków pęknięcie jajowodu nosi charakter raczej przeżarcia, niż właściwego pęknięcia.

Rozmiary wewnątrzbrzusznego krwotoku nie zależą bynajmniej od wielkości pęknięcia. Częstokroć przy najmniejszem punkcikowem przeżarciu bywają bardzo obfite, nawet śmiertelne krwotoki, których źródłem jest zawsze powierzchownie położone, przeżarte naczynie tętnicze.

W poronieniu jajowodowem wylew krwi zazwyczaj bywa niezbyt wielki. Krwawią małe naczynia u podstawy jaja lub na wypuklonym do światła jajowodu odcinku worka płodowego. Po utworzeniu się krwiaka (*haematoma*) worka płodowego krwawienie najczęściej ustaje, i niekiedy powraca jeszcze, kiedy sącząca się krew, drążąc sobie kanał przez środek niezupełnie jeszcze skrzepniętego krwiaka, wylewa się na zewnątrz worka płodowego.

Krew wylana do jamy brzusznej albo rozlewa się pomiędzy jelitami, tworząc luźne skrzepy, albo tworzy otorbione zbiorowiska, krwisteki w dolnej części jamy brzusznej, przeważnie w zagłębieniu odbytniczo-macicznem, tworząc krwistek zamaciczny, rzadziej w zagłębieniu pęcherzowo-macicznem: krwistek przedmaciczny.

Gdy krwotok odbywa się z przestankami wskutek przerastania komórkami płodowemi i przeżerania nowych naczyń, albo też pod wpływem czynników zewnętrznych, jak wstrząśnienie lub wzmożony ruch robaczkowy i t. p., wówczas wylewają się nowe porcye krwi, której skrzepy układają się na tych, co dawniej powstały. Zazwyczaj kobiety, które były już przedtem niedokrwiste, nie mogą już znieść takich powtórnych, acz niewielkich, wylewów i umierają.

Krew wylana wchłania się stopniowo. Niewielkie krwisteki, wsysając się zwolna, znikają zupełnie, większe wsysają się bardzo powoli, czasem w ciągu miesięcy i lat. Przytem występuje niekiedy ropienie i rozpad, wskutek dostawania się do krwisteku bakteryi, rzadziej przez jajowód, częściej przez ścianę jelita.

Krwistek zropiały może pęknąć do jelita, do pęcherza, do pochwy, lub przebić ścianę brzuszną. Temi drogami treść jego, jak również części pogrążonego w nim płodu, wydostają się na zewnątrz.

Sam płód we wczesnych okresach swego rozwoju może uledz wessaniu zupełnie, gdy zaś kościec jego osiągnął już znaczny stopień kostnienia, wtedy wsysają się tylko części miękkie, a kościec zostaje. Niekiedy płód podlega zwapnieniu, tworząc rozmaite postacie płodu skamieniałego, który przez długie lata (40—50) może pozostawać w jamie brzusznej kobiety, nie wywołując szczególniejszych zaburzeń, nawet nie przeszkadzając nowej ciąży macicznej.

Rozpoznanie ciąży zewnątrzmacicznej bywa w niektórych przypadkach dość łatwe, w innych znowu, i to w dość licznych, stanowi ono jedno z najtrudniejszych zadań dyagnostyki położniczo-ginekologicznej.

W żadnym innym przypadku z dziedziny patologii narządu płciowego kobiety nie grają tak ważnej roli wywiady, jak w rozpoznaniu ciąży zewnątrzmacicznej. W wyjątkowych tylko przypadkach wystarcza do ustalenia rozpoznania badanie przedmiotowe. W przeważnej atoli liczbie przypadków na drogę prawdziwą naprowadzają wywiady, będące, ma się rozumieć, w zupełnej zależności od dobrej woli i od intelektualnego rozwoju chorej.

W szeregu okoliczności poprzedzających spotykamy sprawy gorączkowe po połogach lub poronieniach, jak również oznaki chorób przydatków macicznych, szczególnie pochodzenia wiewiórowego, miesiączkowanie bolesne.

Najwcześniejszemi oznakami ciąży zewnątrzmacicznej są następujące objawy:

Ból, szczególnie jednostronny, stanowi jeden z najpospolitszych i wiele znaczących objawów ciąży zewnątrzmacicznej, towarzyszący jej od początku do końca. Ból ten przyłącza się częstokroć do istniejących już dawniej lekkich zapaleń jajowodów i spraw okołojajowodowych.

Zatrzymanie miesiączki ma największe znaczenie rozpoznawcze wówczas, gdy lekarz znajduje chorą w późniejszym okresie ciąży. Nawet jednorazowe nieukazanie się miesiączki, lub ukazanie się w ilości znacznie mniejszej, niż zwykle, u kobiety niestarej i miesiączkującej zazwyczaj zupełnie prawidłowo, wspiera w znacznym stopniu, przy obecności innych jeszcze danych, podejrzenie co do ciąży zewnątrzmacicznej. Zupełne zatrzymanie miesiączki stanowi w takich przypadkach objaw nader rzadki, daleko częściej bywają nieznaczne krwawienia, nie posiadające typowych cech miesiączkowania, a będące w związku z objawami podrażnienia, występującymi niekiedy w worku płodowym lub w przylegających doń częściach otrzewnej. Pomiędzy takiemi krwawieniami bywają mniejsze lub większe przerwy. Krwawieniom towarzyszy często wydzielenie strzępów doczesnej, niekiedy wydziela się nawet cała błona doczesna.

Zmiany ogólne w ustroju, jakoto w narządzie trawienia, w układzie nerwowym, w gruczołach i brodawkach sutkowych, są zupełnie takie same, jakie się spostrzega przy ciąży prawidłowej. Wszelako wszystkie te najwcześniejsze oznaki ciąży są mniej wyraźne przy ciąży zewnątrzmacicznej.

Badając przez pochwę, należy mieć przedewszystkiem na względzie dokładne określenie stanu macicy, a mianowicie: stosunku jej wymiarów do terminu ciąży, oraz jej stosunku do tego tworu, który uważamy za worek płodowy. Zazwyczaj znajdujemy macicę zbyt małą, w stosunku do terminu ciąży, i odchyloną w jedną lub drugą stronę przez twór niewielkich rozmiarów. — Zmuszeni jednak jesteśmy ograniczać bardzo ścisłość naszego badania ze względu na połączone z niem niebezpieczeństwo, polegające na możliwości pęknięcia worka płodowego, oraz zakażenia chorej.

Z czynności technicznych, mających posiłkować badanie, należy wspomnieć o zgłębnikowaniu i o skrobaniu próbnem.

Zastosowanie zgłębnika w celu przekonania się o tem, że jama maciczna jest pusta, nie jest dopuszczalne wogóle w przypadkach, gdzie się rozpoznanie waha między ciążą wewnątrzmaciczną i zewnątrzmaciczną. Wyjątek stanowią te przypadki, w których przy trwającem już długo krwawieniu nic nie mamy przeciwko wydzieleniu się leżącego w jamie macicy, obumarłego lub zwyrodniałego (w zaśniad groniasty) płodu. Zresztą zgłębnikowanie nie chroni od pomyłek, jak tego dowodzą dwa następujące przykłady. W znanym przypadku Depaula, który, wprowadziwszy na znaczną głębokość zgłębnik, spostrzegł odchodzenie wód płodowych i na tej podstawie rozpoznawał ciążę maciczną, przy obdukcyi okazało się jednak, że zgłębnik poprzez cienką ścianę macicy przebił worek płodowy, oraz błony jaja. — Jeszcze ciekawszy jest przypadek, opisany przez Winkla [1]), w którym lekarz, przyjąwszy donoszoną do końca ciążę zewnątrzmaciczną za wewnątrzmaciczną z zatrzymaniem obumarłego płodu, wprowadzał kilkakrotnie przez przedziurawioną przez siebie ścianę maciczną świeczki [bougie] do jamy brzusznej, przyczem jedna świeczka pozostawała tam w ciągu 48 godzin, nie wywołując nic więcej, jak tylko ograniczone podrażnienie otrzewnej. Winkel, dokonując w kilka miesięcy później laparotomii, wprowadzał zgłębnik do tyłozgiętej i poza workiem płodowym leżącej macicy, przyczem mógł się przekonać, że zgłębnik zupełnie gładko, bez najmniejszej ze strony ściany macicznej przeszkody, przenikał przez nią do jamy brzusznej. Oglądając następnie, po wycięciu worka płodowego, macicę pokrytą pokładami miękkiej tkanki łącznej, nie mógł już odnaleźć śladów przedziurawień dawniejszych.

Jakkolwiekbądź zgłębnikowanie jest daleko mniej niebezpieczne, niż skrobanie macicy, dokonywane przy podejrzeniu ciąży zewnątrzmacicznej, w celu rozpoznawczym — wykrycia typowych pierwiastków doczesnej w błonie śluzowej macicy. Korzyści podobnego badania są bardzo niewielkie, zważywszy, że nieobecność rzeczonych pierwiastków nie uchyla przypuszczenia co do ciąży zewnątrzmacicznej, a to z powodu, iż nieobecność ich może zależeć od tego, że albo doczesna odeszła niepostrzeżenie przed badaniem, albo odrodziła się samoistnie po obumarciu płodu, leżącego zewnątrz macicy, albo też mamy przed sobą tak wczesny okres rozwoju płodowego, że wcale jeszcze nie nastąpiło przeistoczenie błony śluzowej macicy.

[1]) Handbuch d. Geburtshülfe II. B., II. Th. Wiesbaden, 1904.

Ott zaleca specyalnie obmyślaną przez siebie wąziutką łyżeczkę, dającą się łatwiej do macicy wprowadzić; atoli szczególnych korzyści narzędzie to nie przedstawia.

O ile wątpliwe są korzyści rozpoznawczego skrobania, o tyle nieomylne są wskazówki, gdy macica dostarcza sama danych rozpoznawczych w postaci wydzielonej samorodnie błony doczesnej. Stanowi to jeden z kardynalnych punktów oparcia dla rozpoznania. Wszystkie mniej lub więcej chwiejne dane anamnestyczne otrzymują gruntowną podstawę wówczas, gdy się okaże, iż odszedł twór błoniasty, czemu towarzyszyło krwawienie, oraz bole kurczowe. Fakt ów oczywiście nabiera większej wagi, gdy ten twór poddamy ścisłemu badaniu.

Z punktu rozpoznania różniczkowego nie należy utożsamiać z wydzieleniem błony doczesnej przy ciąży zewnątrzmacicznej tworów, wydzielanych przy wczesnem poronieniu oraz przy miesiączkowaniu bolesnem błoniastem (*dysmenorrhoea membranacea*).

Trudności rozpoznawczej nie przedstawia to wcale, o ile że w takim przypadku wydzielanie się błon zdarzało się już niejednokrotnie dawniej. Nadto błona doczesna różni się od miesiączkowej szczegółami budowy anatomicznej. Niekiedy worek doczesnej wydziela się całkiem na podobieństwo wczesnego poronienia; po rozcięciu wszakże okazuje się pustym.

Wydzielenie błony doczesnej jest skutkiem odruchowych skurczów macicy, będących wynikiem spraw, odbywających się w worku płodowym. Dotychczas uważano za regułę, że bodźcem, wywołującym je, jest śmierć płodu; w podobny sposób oddziaływa także usunięcie żywego płodu z worka płodowego. Ów bodziec należy tłómaczyć przeniesieniem podrażnienia drogą nerwów naczynioruchowych z worka płodowego na macicę. Podrażnienie zaś zostaje wywołane przez towarzyszące umieraniu płodu międzyłożyskowe wybroczyny i powstające stąd podrażnienie otrzewnej.

Jednakże wydzielenie błony doczesnej może się odbywać nawet przy zachowaniu całości ciąży zewnątrzmacicznej, a to gdy wybroczyny międzyłożyskowe wywołują współczulne skurcze macicy. Tak np. E. Fränkel w 36 godzin po nakłuciu worka płodowego w celu przerwania ciąży, spostrzegł wydzielenie doczesnej, gdy tymczasem płód został usunięty dopiero w 8-ym miesiącu żywy przez laparotomię.

Dlatego też nie należy uważać odchodzenia błony doczesnej za pewną oznakę zamierania płodu. Do oznak niepewnych należy krwawienie, ciągnące się niekiedy dość długo i dające się spostrzegać częstokroć przy dalszem trwaniu ciąży. Podobne krwawienie dopiero w łączności z innymi charakterystycznymi objawami nabiera znaczenia wskazówki rozpoznawczej co do zaszłej śmierci płodu.

W liczbie sposobów rozpoznawczych wymienić należy prześwietlanie promieniami Röntgena, jakkolwiek w gruncie rzeczy liczyć wiele na wyniki takiego badania nie należy, chyba tylko w przypadkach płodu skamieniałego (*lithopaedion*).

Ott posiada własnego wynalazku przyrząd prześwietlający, którym się posługuje w podobnych przypadkach.

Wszystko, co się dotychczas mówiło, stosuje się do okresu początkowego, w którym tylko rzadko udaje się rozpoznać rozwijającą się i nienaruszoną ciążę zewnątrzmaciczną. Francuzi nazywają to okresem niepewności (période d'incertitude [2]).

Rozpoznanie w tym okresie, szczególnie, gdy się nie może przeprowadzić obserwacyi systematycznej, może być uczynione jedynie z pewnem prawdopodobieństwem. Musimy się w niem rachować z mniej lub więcej pewnemi podmiotowemi i przedmiotowemi oznakami ciąży wogóle i zewnątrzmacicznej ciąży w szczególności. Do liczby tych oznak należy przedewszystkiem stwierdzenie guza, który wnosząc z miejsca, jakie zajmuje, musi pochodzić od jednego z przydatków macicy, którą równocześnie znajdujemy nieco powiększoną i dość miękką.

Tętnienie naczyń, w tym guzie wyczuwane, wielu autorów uważa za znamienne dla ciąży zewnątrzmacicznej, atoli spotykamy je podobnież przy zapalnym obrzęku przydatków.

Ów guz nie ma określonych konturów, a ma zbitość miękkiego pęcherza. Takie same wrażenia dotykowe mogą również sprawiać wodniaki i ropniaki jajowodu, lecz równoczesne znajdowanie takiego guza w przydatkach, obok współczesnego przerostu macicy ma już nader cenną wartość rozpoznawczą.

W dalszym ciągu w początkowych okresach ciąży zewnątrzmacicznej mamy sposobność spostrzegać zjawiska następcze w samym worku płodowym. Z tych zjawisk na pierwszy plan

[2]) Traité pratique d'accouchements par A Auvard. Paris 1894.

występują krwotoki. Źródłem ich mogą być: 1) nadwerężenia zewnętrzne worka płodowego (pęknięcie); 2) nadwerężenia jego wewnętrzne (poronienie); 3) obydwa te przypadki naraz.

Nie zawsze możemy odróżnić dokładnie, jaki rodzaj nadwerężenia mamy w danym wypadku, wszakże, na podstawie ilościowych i topograficznych stosunków wywołanego owem nadwerężeniem krwotoku, możemy wysnuwać pewne wnioski, mające dużo prawdopodobieństwa.

Odróżniamy dwa główne typy krwotoku wewnątrzbrzusznego:

1) rozlany i 2) ograniczony workiem płodowym i już odrazu otorbiony lub otorbieniu podlegający.

Ograniczone krwotoki dzielimy znowu na: *a*) wewnątrzotrzewne (*haematocele periuterina*), *b*) podsurowicze (*haematoma paranterinum*), *c*) ograniczone jamą worka płodowego (*haematosalpinx* — inaczej *haematoma ovarii* — *e graviditate*.

Przejdziemy teraz do rozbioru danych rozpoznawczych każdej z tych poszczególnych odmian krwotoku.

Rozlany wolny wylew do jamy brzusznej daje się rozpoznać na mocy tego wpływu, jaki wywiera na stan ogólny chorej, oraz na zmiany miejscowe. Związek danego krwotoku z ciążą zewnątrzmaciczną widoczny jest w części z wywiadów, w części zaś ze zmian miejscowych, wprawdzie nie zawsze wyraźnych, wskazujących na istnienie ciąży z umieszczeniem płodu zewnątrz macicy.

Zastanawiając się nad wpływem, jaki wywiera wylew krwi na stan ogólny ustroju, odróżniamy wstrząs, będący skutkiem nagłego wylania się płynu obcego, jakim w gruncie rzeczy jest krew, wylewająca się z naczynia krwionośnego do jamy brzusznej, oraz te następstwa, jakie wywołuje ciągły ubytek ilości krwi krążącej.

Istota wstrząsu polega głównie na wywołanym przez nagłe podrażnienie otrzewnej odruchu, który wywiera wpływ obniżający na czynność serca. Wstrząs objawia się przez zamącenie lub nawet zupełną utratę przytomności, bladość, przyśpieszenie oddechu i szybkie, drobne tętno. Wszystkie te objawy w przeważnej liczbie przypadków przy niezbyt obfitym krwotoku mijają rychło i chore rychło przychodzą do siebie. Atoli, przy trwającym krwotoku, objawy zapadu trwają dłużej, a nawet się wzmagają. Zresztą ocenę stanu ogólnego należy bardzo indywidualizować; tak np. kobiety, które już przedtem były niedokrwiste, jak również kobiety otyłe, znoszą krwotoki wogóle dość źle.

Gdy ilość wylanej krwi przekracza pewną miarę (1—1$^1/_2$ litra), wówczas można już badaniem fizycznem dowieść jej obecności w jamie brzusznej. Ponieważ płynna krew, dzięki ruchowi robaczkowemu jelit, rozlewa się po całej jamie brzusznej i w części tylko gromadzi się w bocznych i tylnych jej wgłębieniach, przeto otrzymujemy przy opukiwaniu względne tylko, zamaskowane przez bębnicę stłumienie. Przeciwnie, stłumienie owo występuje daleko wyraźniej ponad spojeniem łonowem, gdzie się wysuwają niekiedy duże skrzepy krwi, występujące z jamy miednicy małej. Chełbotania przytem nie bywa wcale lub tylko bardzo ograniczone. Tłómaczy się to tem, że część krwi krzepnie i to stanowi przeszkodę w powstawaniu i rozszerzaniu się ruchu falowego.

Winkel[3]) opisuje przypadek znacznego, wolnego wylewu krwi (przy laparotomii usunięto 1$^1/_2$ litra), podczas którego brzuch był miernie wzdęty i wydawał na przednich i bocznych ścianach odgłos tępy bez śladu chełbotania. Jak pokazała sekcya operacyjna, wylew krwi, który pochodził z jajowodowo-macicznego, nie większego nad orzech laskowy, worka płodowego i trwał blizko 15 godzin, przedstawiał się w postaci niewielkich rozmiarów skrzepu, leżącego za przednią ścianą brzuszną, a za nim leżały mocno skurczone pętle jelita cienkiego. W zatoce Duoglasa i w bocznych częściach miednicy nie dawał się wymacać przy poprzedniem badaniu żaden obrzęk, żadne wypuklenie sklepień pochwowych. Chora, u której przy podnoszeniu ciężkiego przedmiotu wystąpiły nagle objawy krwotoku brzusznego, skarżyła się tylko na bole w dołku podsercowym, który się okazał bardzo czułym na dotyk. Ostatnia miesiączka była jak zazwyczaj obfita, dość długa i nastąpiła we właściwym czasie, na 3 tygodnie przed opisanem wydarzeniem.

Ten przypadek, który w gruncie rzeczy nie dawał nic pewnego dla rozpoznania ciąży zewnątrzmacicznej, przedstawiał przykład jednoczesności rozlanego stępienia obok zupełnego braku chełbotania, co jest właśnie znamienne dla wewnątrzbrzusznego wylewu krwi.

Wśród oznak podmiotowych, spostrzeganych przy takim wylewie — nie mówiąc już o znanych ogólnie objawach znacznej utraty krwi, — pierwsze miejsce zajmuje ból. Można odróżniać ból poprzedzający, początkowy oraz towarzyszący krwotokowi. Ból towarzyszący krwotokowi jest rozlany w całej jamie brzusznej, najwięcej wszakże jest wyrażony zwykle w dolnej części brzucha, niekiedy w stronie pękniętego jajowodu. Ból ten wskazuje na podrażnienie otrzewnej. Chore opowiadają, że poczuły, jak gdyby w nich coś pękło. Często bólowi temu towarzyszą wymioty — okoliczność, która w związku z rozwijającą się, rozlaną wrażliwością brzucha, może wzbudzić podejrzenie co do przedziurawienia, powstałego w jakiejbądź części przewodu pokarmowego, np. przy wrzodzie okrągłym żołądka lub przy owrzodzeniach w wyrostku robaczkowym. Dührssen w jednym przypadku, w którym po opóźnieniu się miesiączki rozpoznano wylew do jamy brzusznej przy objawach ciężkiego zapadu, wykonał cięcie od strony pochwy i, zamiast spodziewanego wylewu krwawego, znalazł ogromną ilość wysięku surowiczo-ropnego przy świeżem zapaleniu otrzewnej, którego punktem wyjścia był dziurawiący wrzód wielkiej krzywizny żołądka.

Długotrwałe bole zjawiają się po większej części w postaci kurczów lub kolek, zwykle po stronie ciężarnego jajowodu, niekiedy po stronie przeciwległej. Bole te są wywołane w części przez naderwanie ściany worka płodowego i krwawienie jego wewnętrzne lub zewnętrzne, oraz wynikające stąd ograniczone zapalenie otrzewnej, — w części są one skutkiem skurczów macicy, wywołanych temi sprawami przygotowawczemi, które sprowadzają pęknięcie.

Niektórzy autorowie twierdzą nawet, że jest rzeczą niemożliwą odróżnić zespół zjawisk, spostrzeganych przy pęknięciu worka, od zapalenia otrzewnej z przedziurawienia. Gdy jednak zdołamy uzyskać dane z wywiadów, wtedy możemy z niejaką pewnością określić chory narząd.

Wewnętrzne i dwuręczne badanie przy świeżych wylewach krwawych powinno być dokonywane jaknajdelikatniej i najostrożniej. Przytem udaje się określić obecny zawsze w takich przypadkach rozlany opór w zatoce Douglasa. Przy sprzyjających warunkach udaje się zawsze rozpoznać pewne zwiększenie macicy i pewne odchylenie jej na bok. Wyczuwanie worka płodowego bywa możebne tylko w wyjątkowych przypadkach.

Ograniczony krwotok brzuszny (poronienie) i krwistek. Wywiady oraz objawy początkowe są na ogół podobne do wczesnego pęknięcia.

Przy miejscowem badaniu powinniśmy mieć na względzie i badać z osobna trzy główne punkty: macicę, wylew krwawy i jajowód. W pewnych przypadkach macica nie jest powiększona i nie ma cech właściwych ciąży, mianowicie: przerostu i przekrwienia. Przyczynę tego należy upatrywać albo w tem, że ciąża nie wyszła jeszcze ze swego początkowego okresu, albo — że macica znajduje się już w okresie przemiany wstecznej.

Położenie macicy zmienia się względnie do miejsca i rozmiarów krwotoku.

Najbardziej znany i do rozpoznania łatwy jest klasyczny krwistek pozamaciczny (*haematocele retrouterina*). Znajdujemy wtedy guz, wznoszący się na szerokość palca ponad spojenie łonowe, a niekiedy i wyżej, który w przeważnej liczbie przypadków utworzył się przy nagle powstałych, silnych bolach w dolnej części brzucha; guz ten jest przy badaniu czuły, szczególniej w górnej części. Zazwyczaj miewa on już dość wcześnie znaczną zbitość i dość znaczne napięcie, a przy opukiwaniu wydaje tępy odgłos.

Badając przez pochwę, znajdujemy macicę, przesuniętą ku przodowi do samego spojenia łonowego i często nieco ukośnie ku jednej lub drugiej stronie. Jama Douglasa wypełniona krwią, która w części jest jeszcze płynna i wypukla tylne sklepienie pochwowe. Ciśnienie, wywierane przez wylew w miednicy, wywołuje niekiedy silne, rozpromieniające się do biodra bóle, oraz uczucie napierania. W przypadkach wyjątkowych dochodzi czasem do zatrzymania moczu i gazów jelitowych, częściej wszakże spostrzegamy zwiększony popęd do oddawania moczu.

Mając na względzie nagłość powstania takiego guza, przy warunkach zupełnego zdrowia narządu płciowego, wspólnie ze spóźnioną nieco rzekomą miesiączką, czemu towarzyszyło odchodzenie błoniastych lub mięsistych cząstek, oraz bole kurczowe, mając na względzie wszystko to razem, mamy już dostateczną podstawę do rozpoznania takiego typowego krwisteku.

Możebnemby było wzięcie powyższych objawów za przekręcenie szypuły jakiegoś, istniejącego dawniej, guza, przyczem daje się spostrzegać szereg zjawisk, analogicznych z wymienionemi; atoli badanie przez pochwę usuwa wtedy wszelką

[3]) l. c.

wątpliwość. W podobny sposób, w drodze badania, a przedewszystkiem w drodze oceny danych wywiadowych, rozróżniamy krwistek od innych wylewów otorbionych przyrody zapalnej, jak n. p. od surowiczych, surowiczo-włóknikowych, lub też ropnych wysięków, powstających przy gruźliczych, septycznych, jakoteż i innych schorzeniach otrzewnej miednicy. Wahania ciepłoty nie mają pod względem rozpoznawczym takiej wartości, jaką im przypisywano dawniej. Wysięki mogą powstawać i przebiegać bez gorączki, aczkolwiek w przeważnej liczbie przypadków dzieje się przeciwnie: z drugiej strony gorączka o nieznacznem podniesieniu i nieprawidłowej krzywiźnie, stanowi objaw, dość często spostrzegany przy nieprawidłowym krwisteku w jego początkowym, a szczególnie w dalszym jego okresie. Ta tak zwana gorączka resorbcyjna jest zwykle aseptyczna, gdy przeciwnie znacznie wyższa od niej, powstająca wśród dreszczy w ciągu dłuższego trwania krwisteku gorączka jest niezawodną oznaką tego, że wkroczyły bakterye i że powstaje sprawa ropna w krwisteku.

W przypadkach krwisteku niepowikłanego nakłucie próbne, wykonane przy ścisłem zachowaniu ogólnie przyjętych warunków, jest zdaniem Küstnera najpewniejszym i zupełnie bezpiecznym środkiem rozpoznawczym. Zresztą przy badaniu rozmaitych rodzajów krwisteku nader użytecznem jest korzystać także z badania przez odbytnicę.

Do rzędu objawów, towarzyszących poronieniu jajowodowemu, należą także znamienne bole, pochodzące wprost od ciężarnego jajowodu. Są to zazwyczaj jednostronne kolki w podbrzuszu, mające cechy kurczowe, przytem daleko silniejsze, aniżeli te bole, jakie towarzyszą sprawom zapalnym. Szczególnie w tych przypadkach, gdy krew wylewająca się nie dostaje się odrazu na zewnątrz, do jamy otrzewnej, lecz całkowicie lub w przeważnej części nagromadza się w ciężarnym jajowodzie, tworząc krwistek jajowodowy (*haematosalpinx*), — bole owe są niekiedy nie do zniesienia. Są one wynikiem wzrastającego w jajowodzie napięcia wskutek krwawienia, oraz kurczów swobodnej części jajowodu, i z tego powodu mogą być nazwane kurczami jajowodowymi (Thorn[4]), Strauch[5]).

Rozpoznanie wcześnie przerwanej ciąży zewnątrzmacicznej popiera poważnie krwawienie maciczne, które w przeważnej liczbie przypadków trwa długo i nieprzerwanie, lub powtarza się z krótkiemi przerwami, ciągnąc się miesiącami. Przy podobnych krwotokach przerywanych dają się spostrzegać równocześnie z nimi występujące bole. Wahania ilościowe krwi wydzielanej tłómaczą się różnorodnością źródeł jej pochodzenia, albowiem nie pochodzi ona zawsze z błony śluzowej macicy, lecz może pochodzić z ciężarnego jajowodu (Fritsch), a nawet może przeciekać przez jajowód od łączącego się z nim, otorbionego w miednicy zbiorowiska krwi, z jajowodu może się wylewać do macicy, a stąd przedostawać się na zewnątrz. Niekiedy podobne ciągłe wydzielanie się niewielkich ilości starej krwi z takiego zbiorowiska może trwać bardzo długo.

Oparte w ostatnich czasach na nowych zupełnie podstawach, oraz dążące do nowych celów badania hemologiczne rokują niemałe nadzieje dla dyagnostyki ciąży zewnątrzmacicznej, pozwalając spodziewać się, że uzyskamy subtelniejsze i ściślejsze metody badania, aniżeli te, jakie nam były dostępne dotychczas. — Odnosi się to przedewszystkiem do podjętych przez Veita badań, co do zużytkowania genialnej Ehrlichowskiej nauki o odporności, oraz jego dalszych wywodów dla celów serodyagnostyki ciąży.

Gdy jednak stosowanie takiej biologicznej analizy krwi do celów naszego badania jest dopiero rzeczą przyszłości, to przecież posiadamy już namacalne i dające się zastosować w tej mianowicie dziedzinie wyniki badania morfologii krwi w warunkach patologicznych. Mianowicie w sprawie odróżnienia wylewów krwawych, wywołanych przez ciążę zewnątrzmaciczną, od ropienia guzów w przydatkach, posiada rozstrzygające znaczenie, spostrzegane w tym drugim przypadku bezwzględne zwiększenie liczby leukocytów, mianowicie wielojądrzastych, neutrofilnych. Obecność hyperleukocytozy lub jej nieobecność oddała już również wielkie usługi w rozpoznaniu różniczkowem między wysiękiem okołowyrostkowym (*epityphlitis*) i niepowikłanym prawostronnym krwistekiem, którego odróżnienie, wskutek nietypowej siedziby worka płodowego i powstającego zeń pozajajowodowego nagromadzenia krwi, bywa niezmiernie trudne.

---

[4]) Centralblatt f. Gynaek. 1899, S 534.
[5]) Ibid., S. 1294.

Rozpoznanie ciąży zewnątrznej w średnim okresie (IV — VI. mies.). W tym okresie spotykamy już mniej trudności w rozpoznaniu różniczkowem. Objawy ciąży stają się coraz to wyraźniejsze, a ku końcowi tego okresu na pomoc dyagnostyce przybywają wszystkie jej objawy pewne. Dzięki temu nie tak łatwo wpadamy w błąd pomieniania ciąży z innemi sprawami, przebiegającemi w pobliżu macicy, przy których tworzą się guzy. Natomiast w tym okresie zadania rozpoznawcze skupiają się więcej koło pytania, czy chodzi o wewnątrzmaciczną, czy też zewnątrzmaciczną siedzibę płodu. Pod tym względem, jak wykazuje bogaty materyał kazuistyczny, znajdujący się w piśmiennictwie, możliwość omyłek w rozpoznaniu jest niezmiernie wielka. Ze względu na to przypadki takie powinny być dłużej śledzone, a gdzie to jest możebne, powinny chore być umieszczone w szpitalach lub lecznicach na wypadek, gdyby przed zupełnem ustaleniem rozpoznania wystąpiły nagle objawy groźne, któreby wymagały niezwłocznej interwencyi. Omyłki rozpoznawcze, powtarzamy, są bardzo możliwe. W szeregu autorów, którzy oddali istotną usługę przez ogłoszenie swoich pomyłek, a tem samem dali możność innym uniknąć ich powtórzenia, spotykamy nazwiska najdoświadczeńszych i najgłośniejszych położników i ginekologów, co samo przez się wskazuje, jak ważnem dopełnieniem ginekologii operacyjnej jest doświadczenie położnicze. Z punktu widzenia praktycznego zasługuje na uwagę to, że laparotomia, wykonana bez potrzeby, wskutek mylnego rozpoznania ciąży zewnątrzmacicznej, powinna być rozpatrywana zawsze, jako lecznicze nieszczęście, z powodu dość łatwo po niem występujących niepomyślnych następstw, gdy tymczasem przy wszelkich guzach chorobowych, wziętych mylnie za »ciążę zewnątrzmaciczną« i leczonych operacyjnie, na takiej pomyłce wygrywa się tylko.

Z najnowszego piśmiennictwa możemy przytoczyć 26 przypadków cięcia brzusznego, wykonanego na podstawie mylnego rozpoznania ciąży zewnątrzmacicznej.

7 przypadków tyłozgięcia macicy ciężarnej: 4 poronienia i 1 zejście śmiertelne;

5 przypadków zgięcia bocznego: 3 poronienia;

11 przyp. wypuklenia bocznego macicy ciężarnej: 3 poronienia i 2 zejścia śmiertelne wskutek zapalenia otrzewnej;

1 przypadek ciąży w rogu macicznym: poronienie;

3 przypadki niezupełnej dwurożności macicy: jedno poronienie.

Może zajść jednak pomyłka i w sensie odwrotnym, a mianowicie, że zewnątrzmaciczny worek płodowy zostaje wzięty za macicę ciężarną. Ścisłe atoli rozważanie danych wywiadowych, oraz szczegółowe, niejednokrotne badanie nietylko przez pochwę, ale i przez odbytnicę, rzucają światło na obraz, który się wydawał na razie dość ciemnym.

We wszystkich wątpliwych przypadkach nie należy spieszyć się z czynnem wkroczeniem, zanim nie wyczerpiemy wszelkich dróg i sposobów do ustalenia prawidłowego rozpoznania, o ile — ma się rozumieć — nie wystąpią zagrażające życiu objawy. Lekkomyślny pośpiech w podobnych przypadkach wywołuje częstokroć ciężkie skutki. Naprzykład, gdy, biorąc zewnątrzmacicznie umieszczony worek płodowy za uwięzniętą w tyłozgięciu macicę, będziemy usiłowali wykonać wskazane w tym przypadku odprowadzenie, możemy niezmiernie łatwo wywołać pęknięcie worka płodowego wraz ze zgubnemi jego następstwami.

Odwrotna omyłka, jaką spotkałem niedawno, nie ściągnęła wprawdzie na chorą wielkiego nieszczęścia, jakkolwiek naraziła ją na wielką trwogę i zmartwienie, gdy lekarz, uważając uwięzniętą w tylnem sklepieniu macicę ciężarną (w III. miesiącu) za ciążę zewnątrzmaciczną, nalegał na niezwłoczne cięcie brzuszne, strasząc chorą wszelkiemi okropnościami możliwego pęknięcia. — Szczęściem chora nie usłuchała rady i najpomyślniej przebywa w dalszym ciągu swoją ciążę, będąc obecnie w VIII. miesiącu.

Jeszcze łatwiejsze jest rozpoznanie w ostatnim, trzecim okresie ciąży zewnątrzmacicznej, gdy przez namacanie części płodu, wysłuchanie tonów jego serca, oraz szmeru łożyskowego stwierdzamy obecność ciąży. Jest to już »période de certitude« Francuzów.

Dość często możemy określić granicę pomiędzy workiem płodowym i macicą; niekiedy wszakże takie odgraniczenie bywa dość trudne, a wtedy i rozpoznawanie w ciągu dłuższego czasu pozostaje wątpliwe.

Części płodu, leżącego zewnątrz macicy, dają się wymacać niekiedy dość wyraźnie przez ścianę brzuszną, która sama jedna oddziela płód od badającej ręki. Niekiedy chore skarżą się na nadzwyczajną bolesność ruchów płodu.

O stosowaniu zgłębnika w celu określenia, że macica jest pusta, i o związanem z takiem badaniem niebezpieczeństwie jużeśmy nadmienili wyżej. Zresztą w ostatnim okresie ciąży szyjka maciczna na tyle otwiera się sama, że można niekiedy wymacać jamę maciczną palcem.

(Dok. nast.).

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Grasmann. **O szwie naczyń przy kłutych ranach kończyn.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 16). Przy ranie kłutej zranienie wielkiego nawet pnia żyły lub tętnicy może na razie ujść uwagi, kanał bowiem jest długi i wązki, mięśnie zatykają go i zwykle większego krwawienia już w czasie przybycia lekarza niema. Dopiero następowe krwotoki lub wytworzenie się tętniaka okazują, że naczynie zostało zranione. Przy ranie kłutej w okolicy dużego naczynia należy też badać uważnie pod tym względem (krwiak, tętno, szmery i t. p.).

Przy zranieniu dużego naczynia zabieg operacyjny może być trojaki: 1) podwiązanie naczynia, 2) podwiązka ścienna (głównie żył), 3) szew naczynia. Badania ostatnich czasów wykazały, że naczynia szyć można zupełnie dobrze, o ile zachowuje się przytem skrupulatną czystość. Szyjemy naczynia przez wpochwianie (Murphy), na protezach (Payr), lub poprostu okrężnie (Carrel i Stiet), przyczem błona wewnętrzna odwija się na obu kikutach naokoło na zewnątrz. Podwiązanie naczyń jest zabiegiem wygodnym, ale ze względu na żywotność kończyny bardzo ryzykownym. Natomiast szew naczynia oddaje dobre usługi. Grasmann w ostatnim roku miał sposobność szyć bocznie żyłę udową wspólną, podobojczykową i tętnicę udową, a okrężnie przecięte naraz naczynia udowe pod więzadłem Pouparta. Ostatni przypadek zakończył się śmiercią, albowiem chory przysłany został do szpitala już w stanie bardzo groźnym. Dotąd opisano 17 przypadków okrężnego szwu wielkich tętnic. *K.*

Hartmann. **W sprawie czasu krzepnięcia krwi.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 16). H. przeprowadził badania nad czynnikami, które mają wpływać na zmianę czasu krzepliwości krwi i przekonał się, że niektóre czynniki, za takie uważane, nie mają wcale wpływu na krzepliwość krwi. Należą tutaj wiek, miesiączka, ciąża, wpływ pory dnia i pożywienia i t. p. Prawidłowy czas krzepnięcia kropli krwi, badanej pod mikroskopem, wynosi $4^1/_2$—5 minut. Podobnie bez większego wpływu na czas krzepliwości krwi pozostaje uśpienie i znieczulenie przy operacyi, podniesienie ciepłoty i t. p.; natomiast wybitnie przyspieszająco (do 3 minut) działa upust krwi i krwawienie, ale występujące nagle. Ta zwiększona krzepliwość krwi trwa zwykle dzień. Przewlekłe i nieznaczne krwawienia, wywołujące zwiększoną wodnistość krwi, działają naodwrót przedłużająco na czas krzepnięcia. *K.*

Iselin. **Wyniki leczenia ostrych ropnych spraw ręki gorącem powietrzem.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 16). Bier przy ostrych sprawach zapalnych odrzuca przekrwienie czynne, a poleca jedynie zastoinę żylną, ale niesłusznie. Badania I. wykazały, że leczenie gorącem powietrzem oddaje właśnie niezmiernie cenne usługi, n. p. w ostrych ropnych sprawach kończyny górnej, a zwłaszcza ręki, gdzie chodzi nam bardzo o zachowanie ścięgien i ruchomości. Oczywiście leczenie gorącem powietrzem odbywa się dopiero po wykonaniu odpowiedniego zabiegu operacyjnego. Po nacięciu i wypuszczeniu ropy wypłukuje się ranę fizyologicznym rozczynem soli kuchennej i lekko przykrywa gazą jodoformową (nie tamponując). W ten sam dzień lub na drugi dzień zdjąwszy opatrunek, rozpoczyna się zaraz leczenie gorącem powietrzem. Posiedzenie trwa 2 godziny. Potem wypłukuje się ranę rozczynem soli, w zaułki zasypuje jodoform i przykrywa gazą, a na to daje się okład wyskokowy lub kwaśny. Przez tamponadę przedłużamy tylko ropienie, a nieraz przy zbyt energicznem postępowaniu zatykamy odpływ ropy. Ciepłota w przyrządzie powinna wynosić 90—110°. Przy tem leczeniu ropienie i ból znikają bardzo szybko, ścięgna pozostają żywotne, a blizny są miękkie. Leczenie to nadaje się zwłaszcza przy głębokich ropieniach palców i ścięgien, daje się wykonywać ambulatoryjnie (w przeciwieństwie do zastoiny) nie grozi żadnem niebezpieczeństwem, a wiedzie szybko do celu. *K.*

Weinberg. **Najważniejsze dane statystyki raka.** (*Med. Klinik* 1909, Nr 13—15) Przy badaniu raka postępuje się trzema drogami. Pierwszą są wnioski z przebiegu klinicznego i zmian, wywołanych przez nowotwór w ustroju; druga badanie warunków, wśród których rak się rozwija, przez wywoływanie go doświadczalne, a trzecią, niemniej ważną, badanie raka ze stanowiska statystycznego, przyczem uwzględnia się wpływ rasy, wieku, płci, klimatu, zawodu osobnika, miejsca zamieszkania i sposobu szerzenia się raka. Każda z tych trzech dróg oddała i oddaje nieocenione usługi. W. zajmuje się w swej pracy statystyką raka. Ogólny rzut oka na śmiertelność z powodu raka wykazuje, że stanowi ona obecnie 5—7% ogólnej liczby, a nadto, że nowotwory wogóle obecnie są znacznie częstsze, niż dawniej. Dodać należy, że statystyka nie obejmuje często wielu przypadków raka, bo ich za życia nie rozpoznano. Riechelmann ocenia ilość nierozpoznanych przypadków raka na 22% i to w szpitalach, a poza szpitalami liczba ta jest znacznie większa. Śmiertelność na raka jest znacznie większa w większych miastach, niż w mniejszych i po wsiach, zwłaszcza, że chorzy rakowaci dążą do miast i tu umierają. Śmiertelność na raka jest większa u kobiet, niż u mężczyzn (z powodu częstego występowania raka sutka i macicy), ale dopiero po 25. roku życia, przed nim przeważa rak u mężczyzn. Obecnie statystyka wykazuje, że niema żadnej wybitnej różnicy ze względu na wpływ wieku między rakiem, a mięsakiem. Dawniej twierdzono, że mięsak występuje zwykle u osób młodych, rak u starych. Obecnie różnicy tej statystycznie wykazać nie można i częstość mięsaków wzrasta taksamo z wiekiem, jak częstość raków. U zwierząt rak jest bardzo rzadki; u zwierząt dzikich może dlatego, że dzikie zwierzęta zwykle w walce o byt nie dosięgają późnego wieku. Czy wogóle obecnie rak wydarza się częściej, orzec trudno, nie powinniśmy zapominać bowiem o tem, że obecnie prowadzi się o wiele ściślejsze statystyki, karty pośmiertne wystawiają częściej lekarze, których wogóle jest więcej, ludność więcej leczy się w szpitalach, gdzie rozpoznania bywają lepsze, nasze sposoby badania i rozpoznania są również pewniejsze i t. p. Statystyka wykazuje, że śmiertelność z powodu raka macicy i sutka nietylko się nie zwiększyła, ale przeciwnie zmniejszyła, a to właśnie z powodu, że raki te rozpoznaje się wcześnie i leczy należycie; natomiast raki innych narządów rozpoznaje się już zwykle późno. Co do rozmieszczenia geograficznego raka, to jest ono prawie jednostajne z wyjątkiem ludów dzikich, gdzie rak występuje stosunkowo rzadko. W okolicach zimniczych występuje rak rzadziej, tak że nawet Löfller swego czasu polecał szczepienie zimnicy, jako środek przeciw rakowi. Niektórzy uznają związek formacyi geologicznych z powstawaniem raka i twierdzą, że nieprzepuszczalne formacye trzeciorzędne usposabiają do raka w przeciwieństwie do przepuszczalnych dyluwialnych i aluwialnych. Badacze angielscy znów twierdzą, że rak występuje znacznie częściej w okolicach bagnistych, lesistych i obfitujących w rzeki. Sprawa zaraźliwości raka ze stanowiska statystyki przedstawia się bardzo niepewnie. Nie udaje się wykazać zaraźliwości dokładnie ani u osób pielęgnujących chorych, ani u małżonków, ani też w tak zwanych gniazdach rakowych. Są to wszystko rzeczy przypadku. Podobnież dane statystyczne co do zawodu chorych nie wykazują większych różnic. Największą śmiertelność spotykamy u kominiarzy (rak jąder) i ludzi mających styczność z alkoholem. Weinberg zachęca w końcu lekarzy praktycznych do zbierania danych statystycznych o raku. W każdym przypadku zapisywać należy stosunki mieszkaniowe, klimatyczne i geologiczne (przy pomocy odpowiednich kart geologicznych), dalej o ile możności stan zdrowia rodziny, dziedziczność i t. p. Wprowadzenie takich ogólnych statystyk przyczyni się o wiele więcej do postępu nauki, niż ogłaszanie pojedynczych, rzadkich przypadków klinicznych. *Klęsk.*

Prof. Jaksch. **O wieloogniskowem ostrem zapaleniu okostnej.** (*Med. Klinik* 1909, Nr 16). Swego czasu opisał Jaksch osobną postać chorobową, cechującą się zapaleniami okostnej, wielu kości, obrzękiem śledziony, zwiększeniem liczby ciałek białych (zwłszcza myelocytów), a stałem zmniejszaniem się liczby ciałek czerwonych. Przypadków podobnych spostrzegał J. kilka; przebiegały one przewlekle i kończyły się śmiercią. Obecnie podaje J. zupełnie analogiczny przypadek ostrego zapalenia okostnej kości przedramienia, ramienia i goleni, który zakończył się pomyślnie. Objawy były takie same, jak w poprzednio opisanych przypadkach. Zapomocą rentgenizacyi wykazać można było w obrębie kończyn wybitne zgrubienia okostnej. Ciepłota stale podniesiona. Cierpienie sprawiało zrazu wrażenie ostrego gośćca stawowego, leczenie salicylem pogarszało jednak stan. *A.*

Aixner. **Przyczynek do leczenia kostniejącego zapalenia mięśni zapomocą fibrolizyny.** (*Münch. med. Wochs*,

1909, Nr 15). Kostniejące zapalenie mięśni jest cierpieniem bardzo uporczywem. W przypadku A. obejmowało ono mięśnie uda tuż ponad kolanem i wywołało niemożność ruchów w kolanie. Ponieważ cierpienie to występuje zwykle po urazie, przeto w leczeniu stosuje się zwykle po układach miesienie; jednakże doświadczenie kliniczne wykazuje, że miesienie w podobnych wypadkach nietylko nie pomaga, ale nawet wprost szkodzi, popierając szybki rozwój tkanki kostnej. Na podstawie wyników, uzyskanych w swoim przypadku, poleca A. wstrzykiwania fibrolizyny nawet w utworzoną już tkankę kostną (w danym przypadku 34 wstrzyknięć). Naturalnie wstrzykiwania stosowane wcześniej, a więc w tym okresie, gdy niema jeszcze tkanki kostnej, lecz dopiero tworzy się stwardnienie włókniste, dają jeszcze lepsze wyniki. Podobnie wyleczonych przypadków opisano już 7. *A.*

Schichhold. **Prosty sposób leczenia zwichnięcia barku.** (*Med. Klinik* 1909, Nr 15). S. podaje bardzo prosty sposób odprowadzania zwichnięcia barku bez asysty i uśpienia. Chorego sadza się na stołku. Pomocnik, a może być nim ktokolwiek, przytrzymuje chorego i dłonią uciska na bark z góry. Lekarz staje po stronie chorej, przedramię chwyta między uda, i zaciskając je, przechyla się ciężarem swego ciała w tył i nieco ku dołowi, wykonując przez to bardzo silny wyciąg. Równocześnie mając obie ręce wolne, jedną trzyma lekarz ramię, a drugą wpycha główkę do stawu. Odprowadzenie udaje się przytem łatwo. Raz nawet odprowadził S. w ten sposób zwichnięcie, trwające od 3 miesięcy. *K.*

Baum. **Odosobnione napięcie powłok brzusznych po urazie kręgów.** (*Deutsche med. Wochs.* 1909, Nr 12). Napięcie powłok brzusznych należy do najcenniejszych oznak zranienia narządów brzusznych; nie należy jednak zapominać, że wystąpić ono może także wskutek urazu kręgów, jako wyraz podrażnienia tylnych korzeni rdzenia (wskutek n. p. pozardzeniowych krwotoków). Zwykle w tych razach towarzyszą temu przeczulice. Czasem jednak napięcie jest tak silne i trwałe, (przyczem spotyka się odpowiednie stłumienie odgłosu opukowego), że może nakłonić nawet do operacyi brzusznej, jak tego dowodem jest przypadek Bauma, gdzie przy operacyi przekonano się, że w jamie brzusznej stosunki są zupełnie prawidłowe. *K.*

Blum. **Gruźlica nerek.** (*Med. Klinik* 1909, Nr 15). Dawniej sądzono, że gruźlica nerek nie może być nigdy cierpieniem pierwotnem i jedynem w ustroju, a prawie nigdy nie może usadawiać się w jednej nerce; diatego też operacyę nerki gruźliczej uważano nietylko za bezcelową, ale i przeciwwskazaną. Obecnie doświadczenie kliniczne pouczyło nas, że rzecz ma się inaczej, i za najpewniejszy środek leczniczy przy gruźlicy nerki uważamy operacyę doszczętną, mianowicie wycięcie nerki. Skoro zgłosi się do nas chory ze zmianami pęcherzowemi, opierającemi się wszelkiemu leczeniu, powinniśmy zawsze myśleć o gruźlicy nerki, a więc zbadać nerki klinicznie, a potem wykonać tuberkulinowy odczyn skórny lub oczny i zbadać mocz co do prątków. Już sama obecność krwi i jednojądrzastych ciałek białych budzi podejrzenie co do gruźlicy. Cenne jest także szczepienie świnek morskich. Badanie cystoskopem wykazuje nieraz zmiany gruźlicze koło ujścia jednego lub obu moczowodów, a cewnikowanie moczowodów dostarcza danych o stanie nerki chorej i sprawności nerki zdrowej. Operacya przy gruźlicy nerki jest przeciwwskazana jedynie w późnym wieku, przy ogólnej gruźlicy, przy powikłaniach ze strony płuc i serca, przy silnej gruźlicy pęcherza i poważnych zmianach nerki drugiej. Natomiast operujemy przy nieznacznych zmianach po stronie drugiej, przy gruźlicy sterczu i jąder i t. p. Nieoperacyjne leczenie, jak tuberkulinami, miejscowe i klimatyczne, nie wiedzie nigdy do celu, jak o tem przekonał się Blum na 40 przypadkach. Sprawa bez operacyi kończy się zawsze śmiercią z rozsianej gruźlicy, zakażeń wtórnych, wyniszczenia, krwotoków, lub bezmoczu. Jedynie leczenie chirurgiczne, i to o ile możności w początkach choroby, jest uzasadnione. *K.*

Schmidt. **Lewarowe sączkowanie z aspiracyą w leczeniu gruźliczych ropniaków opłucnej.** (*Münch. med. Wochs.* 1809, Nr 15). Dotąd w leczeniu ropniaków opłucnej używa się powszechnie 2 sposobów sączkowania: 1) Lewarowy sposób Bülaua (zapomocą trójgrańca wprowadza się miękki cewnik do jamy opłucnej i łączy go wężem gumowym z naczyniem, napełnionem jałowym płynem). 2) Wycięcie żebra (Roser-König) i szerokie sączkowanie jamy. Oba sposoby mają wady. Pierwszy jest łatwy, jednak posiada tę wadę, że odpływ przez cienki cewnik jest trudny; przy drugim sposobie trzeba już operacyi w uśpieniu lub znieczuleniu z asystą, a prócz tego nie udaje się wywołać ciśnienia ujemnego. Z tego powodu podaje S. przyrząd, dozwalający przy sposobie Bülaua stosować łatwo aspiracyę, która z jednej strony ułatwia odpływ, a z drugiej wywołuje rozszerzenie się płuca i przekrwienie. Cewnik wprowadza się zapomocą trójgrańca (trójgraniec wbija się skośnie, by potem cewnik nie ulegał zaciśnięciu) i umocowuje gazą i plastrem na klatce piersiowej. Następnie zapomocą węża gumowego, długiego na 50 cm, łączy się cewnik z naczyniem o 3 szyjkach. Z jedną łączy się wąż gumowy, drugą łączy się z manometrem, a trzecią z pompką do rozrzedzania powietrza. Po rozrzedzeniu powietrza możemy odłączyć przyrząd od cewnika, który zaciskamy; chory może chodzić, mając stale ciśnienie ujemne w chorej połowie klatki piersiowej. Dołączać jeszcze do tego można oddychanie (z dodatniem ciśnieniem) w przyrządzie Brauera przez 15 minut dziennie. Leczenie to oddaje cenne usługi, zwłaszcza przy uporczywych ropniakach gruźliczych. *K.*

Dreesmann. **Rozpoznanie i leczenie zapalenia trzustki.** (*Münchener medizinische Wochenschrft* 1909, Nr 14). Schorzenia trzustki nie należą wcale do rzadkości, a obecnie umiejąc je lepiej rozpoznawać, stwierdzamy je też częściej. Objawy kliniczne cechujące są inne dla spraw ostrych, inne dla przewiekłych. Ostre zapalenie zjawia się zwykle po poprzednich zaburzeniach trawienia dość nagle, głównie u osób otyłych, w postaci gwałtownych bolów w górnych częściach brzucha, wymiotów, zapadu, wzdęcia brzucha i niedrożności jelit. Ciepłota przytem nieraz jest prawidłowa, tętno zaś bardzo szybkie. Bole rozpromieniają się zwykle do krzyżów, lewego ramienia, i wzmagają się po przyjęciu pokarmów i po ruchach. Czkawka występuje w przypadkach ciężkich. Wyraz twarzy jest dość znamienny, różniący się od t. zw. oblicza Hippokratesa odcieniem więcej szarym, pochodzącym zapewne od szybkiego rozkładu krwi. Nie da się zaprzeczyć, że w samych początkach łatwo pomieniać ostre zajęcie trzustki z napadem kamicy żółciowej, zapaleniem wyrostka robaczkowego i t. p. Guza z powodu otyłości wyczuć zwykle nie można. W pomoc rozpoznaniu przychodzi badanie stolca (wykazanie tłuszczów, niestrawionych włókien mięsnych), podawanie celem polepszenia stanu pankreonu, a wreszcie odczyn Cammidgea.

W przypadkach przewlekłych bole występują mniej silnie i to zwykle napadowo: wiele t. zw. »nawrotów«, po operacyi kamicy żółciowej należy właśnie do tych spraw. Odżywienie podupada stale, chorzy z obawy przed bolem nie chcą spożywać pokarmów; miejscowo, w moczu i stolcu zmiany, jak wyżej.

Jedynym racyonalnym sposobem leczenia jest zabieg operacyjny, którego celem jest zapomocą tamponady odprowadzać wydzielinę trzustki na zewnątrz i ochronić ustrój od zatrucia. Przy leczeniu zachowawczem śmiertelność jest ogromna, 93%, przy operacyjnem 20—50%. Przed i po operacyi celem zapobiegania krwotokiem podaje D. za radą Robsona chlorek wapna. Przy operacyi należy pamiętać o oglądnięciu dokładnem dróg żółciowych, bo często w nich właśnie są zmiany pierwotne, a w trzustce chodzi tylko o powikłanie następowe. *K.*

Laryngologia i otyatrya.

Killian: **Przypadek ropnia mózgowego pochodzenia nosowego, wyleczony operacyjnie** (*Zeitschrift f. Ohrenh.* Tom 57). W przebiegu ropienia zatoki czołowej prawej i komórek sitowych przednich wytworzył się ropień w płacie czołowym prawym. Oprócz bolów głowy wystąpił niedowład lewej kończyny dolnej i górnej i objawy ucisku mózgu. Wykonano wydłutowanie zatoki czołowej i otwarto ropień w jamie czołowej, kierując się zmianami w kości i w tkankach miękkich. W ciągu dwóch miesięcy nastąpiło zupełne wygojenie. K. zwraca uwagę na rzadkość objawu, spostrzeganego w tym przypadku; mianowicie przed operacyą wystąpiła niemożność zatrzymania moczu, która w kilka dni po operacyi ustąpiła. K. zwraca uwagę na to, że objaw ten, pochodzenia mózgowego, spostrzegano po raz pierwszy przy ropniu w płacie czołowym. Raz jeden spostrzegano objaw ten przy ropniu w płacie skroniowym pochodzenia usznego (Baker). Badania nowszych czasów wskazują na to, że niemożność zatrzymania moczu może być pochodzenia mózgowego. Friedman nawet oznacza odpowiedni ośrodek w korze mózgowej. W sześć lat później chora umarła na raka wątroby. Badanie drobnowidowe mózgu wykazało mały ubytek istoty korowej na końcu płatu czołowego. *Zalewski.*

Stenger. **Śluzowiak zatoki czołowej lewej.** (*Zeitschr. f. Ohrenh.* Tom 57). Przypadek dotyczy 59-letniej kobiety, która już przed 20 laty miała obrzęk w oczodole lewym; wtedy obrzęk nacięto i miał wypłynąć jasny płyn; rana długo nie chciała się

zagoić. Obecnie od $2^1/_2$ lat znów zaczyna w oczodole tworzyć się obrzęk. Cała okolica lewej zatoki czołowej jest obrzękła, gałka oczna przesunięta na zewnątrz. Obrzęk okazuje chełbotanie. Badanie nosa wykazało ropienie w komórkach sitowych i w jamie szczękowej lewej. Wypłukanie zatoki czołowej od strony nosa nie powiodło się, rurka bowiem włożona do zatoki napotkała na miękki opór tak, że nie można było jej dalej wsunąć. Przy operacyi okazało się, że cała zatoka czołowa jest silnie rozszerzona, ściany kostne są ścieńczałe i podatne; cała jama wypełniona jest śluzem. Ścieńczenie ścian kostnych dotyczy i tylnej ściany, oddzielającej jamę czołową od jamy czaszkowej. Badanie drobnowidowe wyciętego kawałka ściany przedniej wykazuje zupełny zanik tkanki kostnej. Komunikacyi zatoki z jamą nosową nie można było znaleźć i dlatego zrobiono ją sztucznie. Nabłonek zatoki uległ przekształceniu na brukowy, a w niektórych miejscach nawet na płaski i tylko gdzieniegdzie utrzymał się nabłonek migawkowy. S. przypuszcza, że przyczyną śluzowiaka jest wrodzony brak połączenia między zatoką czołową, a jamą nosową. *Zalewski.*

Eschweiler. **Bezwzględne wskazanie do operacyi Killiana przy przewlekłem ropieniu zatoki czołowej.** (*Zeitschrift f. Ohrenh.* Tom 57). Dwa przypadki przewlekłego ropienia zatoki czołowej prawej, gdzie zatoka czołowa lewa zachodziła znacznie na stronę prawą i zakrywała z przodu zatokę czołową prawą tak, że przednia ściana zatoki prawej była bardzo mała. *Zalewski.*

Walb i Horn. **Ciśnienie ujemne przy leczeniu chorób zatok nosowych.** (*Zeitschrift f. Ohrenh.* T. 57). Zasługa zastosowania tego sposobu leczenia przy zapaleniach zatok nosowych przypada Seifertowi, Rethiemu i Sondermannowi. W. i H. uzupełnili i poprawili przyrządy dotąd używane, podając swój własny przyrząd, zapomocą którego można osiągnąć dość znaczne ciśnienie ujemne, a prócz tego można to ciśnienie dokładnie mierzyć zapomocą odpowiedniego manometru. Na podstawie swego doświadczenia klinicznego dochodzą W. i H. do wniosku, że sposób ten nadaje się szczególnie do leczenia ostrych zapaleń zatok nosowych. W tych przypadkach następuje zwykle bardzo szybko wyleczenie. Mniej nadaje się sposób ten do leczenia zapaleń przewlekłych, natomiast oddaje znakomite usługi podczas leczenia pooperacyjnego; w przypadkach przewlekłych możemy mieć nadzieję wyleczenia bez operacyi wtedy, jeżeli błona śluzowa nie okazuje zbyt znacznych zmian. Sposób ten uważają W. i H. za odpowiedniejszy w przypadkach ostrych, niż przepłukiwanie zatok. *Zalewski.*

Eisenlohr: **Próba Wassermanna przy ozenie.** (*Zeitschrift f. Ohrenh.* Tom 57). E. wykonał próbę Wassermanna w 15 przypadkach ozeny z wynikiem ujemnym. W kilku przypadkach ozeny udało się wyhodować prątki, podobne do prątków błoniczych; zwierzęta zachowywały się wobec szczepienia tymi prątkami obojętnie. *Zalewski.*

Wiegmann. **Przypadek kostniaka kości sitowej.** (*Zeitschrift f. Ohrenh.* Tom 57). Przypadek dotyczy 26-letniej kobiety, która od 18. roku życia cierpiała na dolegliwości ze strony prawej połowy nosa, objawiające się przeważnie zatkaniem nosa. Guz dwukrotnie usuwano, lecz oba razy nastąpił nawrót w stosunkowo bardzo krótkim czasie, dopiero za trzecim razem wyjęto guz razem z podłożem; w ciągu 10 miesięcy potem nawrotu nie było. Pierwszy i trzeci raz operowano przez otwory nosowe, drugi raz wykonano operacyę Partscha. Po drugiej operacyi wystąpił charakterystyczny objaw ze strony wzroku; mianowicie po stronie prawej chora widziała zawsze w środku pola widzenia mały czarny punkt wielkości perełki; dolegliwości te ze strony wzroku znikły po trzeciej operacyi. Dokładne badanie po trzeciej operacyi wykazało, że wskutek ucisku na przegrodę nosową ze strony guza powstał w niej ubytek. Powonienie było znacznie upośledzone i na lewej stronie. Wyłuszczone guzy były bardzo twarde, za pierwszym razem ważył guz 17.5 gr., za drugim 18,7 gr., za trzecim 3,2 gr. Haas zebrał do roku 1901 dwadzieścia jeden przypadków kostniaków jamy nosowej. Od tego czasu ogłosił Zimmermann jeden przypadek i Lemere — jeden. Razem więc z przypadkiem autora opisano dotąd 24 przypadki kostniaków jamy nosowej. *Zalewski.*

Theimer. **Wyłączenie żyły w przypadkach zakrzepu zatoki i ropnicy.** (*Monatsch. f. Ohrenh.* 1908 str. 527). W przypadkach zakrzepu zatoki i ropnicy pochodzenia usznego zaleca autor, według Aleksandra, natychmiastowe wyłączenie żyły szyjnej i założenie przetoki skórnej żyły. Sposób ten umożliwia sączkowanie opuszki żyły szyjnej i zatoki, zabezpiecza od dostania się powietrza do żyły podczas otwarcia zatoki, a wreszcie zapobiega temu, by oderwane cząstki zakrzepu podczas operacyi dostać się mogły do obiegu krwi. *A. B.*

L. Réthi. **O trudnościach laryngoskopowania przy przeczulicy gardła.** (*Monatschr. f. Ohrenh.* 1908, str. 174). Autor zwraca uwagę, iż u osób nadczułych przy utrudnionem wziernikowaniu krtani ogólne znieczulenie gardła jest bezcelowe i niekiedy wystarcza za radą Fournié znieczulenie okolicy nagłośniowo-językowej, aby znieść nadmierne odruchy gardła. W innych razach jednak owo miejsce nadczułe znajduje się u przyczepu łuku podniebiennego przedniego do języka, lub łuku podniebiennego tylnego do bocznej ściany gardła. Przez wysunięcie lub też pociągnięcie języka ku przodowi ulegają naciągnięciu znajdujące się tu nerwy czuciowe i odruchowo występuje kurczenie się gardła. Zapędzlowanie okolic tych 10% roztworem kokainy znosi zazwyczaj odruchy dławiące, jak zawsze jednak, tak i tu należy odczekać czas odpowiedni, póki nie wystąpi znieczulenie. *A. B.*

Okulistyka.

Péchin i Descamps. **Uraz oczodołów i porażenie połowicze ciała po przeciwnej stronie.** (*Archives d'Opht.* 1908, Nr. 6). Do szpitala Beaujou przywieziono 43-letniego chorego, któremu żona wbiła koniec parasolki w lewy oczodół po wewnętrznej stronie gałki ocznej. Oko zostało nieuszkodzone. Gdy chory odzyskał przytomność, stwierdzono porażenie prawej połowy ciała i mierny stopień niemoty ruchowej. Badanie dna oka, po pewnym czasie wykonane, wykazało zabliźnione już pęknięcie naczyniówki, półkolem otaczające tarczę nerwu wzrokowego. Bystrość wzroku pozostała prawidłowa. Autorowie przypuszczają, że okuty koniec parasolki przedostał się przez szczelinę klinową (*fissura sphenoidalis*) do jamy ocznej i zranił czyto bezpośrednio, czy za pośrednictwem odłamka kostnego tętnicę Sylwiusza. *K. W. Majewski.*

Guibal. **Wytrzeszcz tętniący w następstwie urazu.** (*Archives d'Oph.* 1908, Nr 9). U pewnego huzara, który spadł z konia na głowę, wytworzył się tętniący wytrzeszcz lewej gałki ocznej. Oko straciło poczucie światła, dno oka nie okazywało jednak żadnych zmian widocznych. Jedynie tylko za uciskiem wywartym na twardówkę, można było zauważyć, że krew zarówno w żyłach, jak i w tętnicach siatkówki zupełnie znikała, a po ustaniu nacisku powracała natychmiast do naczyń i, co szczególniejsza, zarówno tętnice jak i żyły wypełniały się w tym samym kierunku, od środka, t. j. od tarczy nerwu wzrokowego, ku obwodowi. Osłuchiwanie skroni i samej gałki ocznej wykazywało wyraźne szmery kurczowe. Autor rozpoznaje w tym przypadku żyło-tętniaka (*aneurysma arterio-venosum*), jaki powstał wskutek pęknięcia tętnicy szyjnej wewnętrznej w obrębie zatoki jamistej. Gdy do zatoki jamistej dostała się krew tętnicza pod znacznem ciśnieniem, stosunki krążenia w całym od tych dwóch naczyń zależnym obszarze naczyniowym uległy zupełnemu przewrotowi. Parcia tętnicze i żylne wyrównywały się i powstało parcie pośrednie, w każdym jednak razie na tyle wysokie, że zmieniło kierunek krążenia krwi w żyłach uchodzących do zatoki jamistej, a więc także w żyle ocznej. Równocześnie ciśnienie krwi w rozgałęzieniach tętnicy szyjnej wewnętrznej, a więc tętnicy ocznej, znacznie opadło. W następstwie takiego zmalenia różnic w ciśnieniu żylnem i tętniczem, musiało nastąpić i w obrębie naczyń siatkówki zwolnienie, prawie, że zastój krążenia. Dlatego już słaby ucisk, wywarty na gałkę, wystarczał do wypróżnienia naczyń. Tymi też wymienionymi stosunkami krążenia wyjaśnia się to, że następnie zarówno żyły jak i tętnice wypełniały się krwią od strony tarczy. *K. W. Majewski.*

Edward Jackson. **Objawy oczne i oczodołowe zakrzepu zatoki jamistej.** (*Ophthalmology* 1909. Vol. 5, Nr 2). Objawy te omawia autor, poczynając od najważniejszych i najczęstszych i przechodząc do drugorzędnych i mniej rozstrzygających. W pierwszym rzędzie wymienia wytrzeszcz, występujący nagle i wzmagający się w ciągu pierwszych kilku dni. Szczególnie znamiennym jest równoczesny wytrzeszcz obu gałek ocznych. Równocześnie występuje znaczny obrzęk powiek, który szerzy się częstokroć na całą twarz. Na gałce ocznej widać objawy zastoju żylnego, a wziernikiem stwierdzamy rozdęcie i pokręcenie żył, zamglenie siatkówki i tarczę zastoinową. Ruchy gałki ocznej już po kilku dniach zostają zniesione wskutek porażenia wszystkich mięśni prostych. Równocześnie pojawia się obrzęk i przekrwienie spojówki powiek, obfita wydzielina, a szereg objawów ocznych zamyka częstokroć owrzodzenie i ropienie rogówki. *K. W. Majewski.*

George Robinson. **Trepanacya wobec tarczy zastoinowej** (*Ophthalmology* 1909, Vol, Vol. 5, Nr 2). Autor zastanawia się nad mechanizmem powstania tarczy zastoinowej, oraz nad stanowiskiem, jakie zająć powinien chirurg wobec grożącej utraty wzroku. Nie ulega wątpliwości, że w przeważnej części przypadków na pierwszy plan wysuwa się wskazanie życiowe, ponieważ jednak zdarzają się przypadki zupełnego lub względnego wyzdrowienia (*meningitis, hydrocephalus internus*) lub też wyleczenia po operacyjnem usunięciu nowotworu śródczaszkowego, przeto na wszelki przypadek trzeba się liczyć z przyszłością wzroku i z tego powodu uważać samą tarczę zastoinową, zwłaszcza jeśli jej towarzyszy szybki spadek bystrości wzroku, za naglące wskazanie do otwarcia jamy czaszki w celu usunięcia wzmożonego ucisku mózgowego. W przypadkach, gdzie nie mogąc dokładniej określić siedziby cierpienia, nie można operować doszczętnie, należy, zgodnie z zapatrywaniem Horsleya, nie zwlekać z trepanacyą i nie ograniczać się do samej trepanacyi, lecz w każdym przypadku zrobić nacięcie opony twardej.

K. W. Majewski.

Thillier. **Leczenie torbieli tęczówki zapomocą elektrolizy.** (*Archives d'Opht.* 1908, Nr 9). Wiadomo, że są w użyciu trzy sposoby operacyjnego leczenia takich torbieli: nakłucie, które zazwyczaj nie zapobiega nawrotom, wycięcie razem z kawałkiem tęczówki, dające się wykonać tylko wobec torbieli małych rozmiarów, a wreszcie wyłuszczenie doszczętne samej torbieli lub przynajmniej przedniej jej ściany, operacya, przedstawiająca częstokroć znaczne trudności techniczne. Autor w jednym przypadku zamiast którejkolwiek z tych metod zastosował elektrolizę, która za pierwszym razem z powodu zbyt słabej i niejednostajnej siły prądu zawiodła, gdyż torbiel wypełniła się ponownie do pierwotnych rozmiarów. Niezrażony tem, powtórzył zabieg, zużywając tym razem 4 miliampery. Ta druga elektroliza doprowadziła do zupełnego zaniku torbieli i wyleczenie można uważać już za ostateczne, bo w ciągu 5 miesięcy stan oka nie uległ żadnej zmianie. *K. W. Majewski.*

Weckers. **Irydektomia w leczeniu jaskry krwotocznej.** (*Archives d'Opht.* 1908, Nr 10). Autor podaje opis przypadku obustronnej jaskry krwotocznej, operowanej za pomocą irydektomii z zupełnem powodzeniem i zastanawia się nad przyczyną, dlaczego operacya w niektórych przypadkach jaskry krwotocznej działa zbawiennie, w innych zgubnie. Pochodzi to niewątpliwie stąd, że poszczególne przypadki jaskry krwotocznej mimo zewnętrznego podobieństwa obrazu klinicznego mogą się co do swej istoty znacznie między sobą różnić. Są przypadki, gdzie krwotok jest zmianą pierwotną, a objawy jaskry są następowe i stanowią raczej powikłanie głównej choroby, niż chorobę samą. Tu irydektomia nie może dać wyniku korzystnego, bo nie usuwa przyczyny cierpienia. Natomiast w przypadkach, gdzie jaskra jest chorobą pierwotną, a krwotoki jednym z jej objawów, ostrożnie wykonana irydektomia, usuwając wzmożenie napięcia, usuwa równocześnie przyczynę krwotoku, jest przeto zabiegiem wskazanym i usprawiedliwionym. *K. W. Majewski.*

Capper. **O samoistnem pęknięciu gałki ocznej w następstwie jaskry.** (*Archives d'Opht.* 1908, Nr 9). Dotychczas opisano zaledwie kilka takich spostrzeżeń. Wszystkie przypadki odnosiły się do oczu już oślepłych, a bezpośrednim powodem pęknięcia rogówki było bądź to atoniczne owrzodzenie, drążące w głąb, bądź też krwotok naczyniówki, podobny do tego, jaki się zdarza po operacyi zaćmy. Do tych spostrzeżeń dodaje autor jedno własne. U 79-letniego chorego, u którego na jednem oku wykonano irydektomię, na drugiem nieoperowanem i oddawna już oślepłem powstało nagle w chwili, gdy chory silnie głowę schylił, pęknięcie rogówki z bardzo znacznym krwotokiem i wielkim bólem. Autor wyłuszczył oko dopiero w 9 miesięcy po tym wypadku. Badanie anatomiczne wykazało zupełne zwyrodnienie miąższu pozostałych części rogówki, co każe przypuszczać, że i w tym przypadku prawdopodobnie owrzodzenie atoniczne stworzyło korzystne warunki dla pęknięcia oka.

K. W Majewski.

Harold Giffard. **Dwa przypadki pierścieniowatego zaćmienia soczewki.** (*Opht.* 1909. Vol. 5 Nr 2). Vossius opisał sześć przypadków pierścieniowatego zaćmienia soczewki w następstwie urazu tępego. Zaćmienie to niezawsze jest widzialne w oświetleniu ogniskowem, natomiast stale i wybitnie widać je w świetle przepuszczonem. Wielkość pierścienia, złożonego z drobniutkich punkcików szarych lub brunatnych odpowiada obwodowi źrenicy tak, że nasuwa się przypuszczenie, iż są to grudki barwika tęczówkowego, startego z tęczówkowej części siatkówki wskutek przytłoczenia rogówki do tęczówki i soczewki. Autor opisuje dwa podobne przypadki, różniące się jednak tem, że przy użyciu znaczniejszego powiększenia widać było bardzo drobne złogi w postaci delikatnego pyłku, obejmujące całą przestrzeń w obrębie pierścienia, a również i na zewnątrz od jego obwodu. Nadto w jednym z przypadków uraz nie był tępy, lecz chodziło o ranę przeszywającą na granicy rogówkowo-twardówkowej.

K. W. Majewski.

Oczapowski. **Tiosinamina przy zaniku nerwu wzrokowego.** (*Wracz. Gaz.* 1909, Nr 6). Chorzy autora oprócz leczenia tiosinaminą odbywali równocześnie leczenie u syfilidologów i neuropatologów stosownie do etyologii swego cierpienia. Autor stosował wstrzykiwania 10% wodno-glicerynowego rozczynu tiosinaminy (*Thiosinamini 4.00 Glycerini 8.00 Aq. destil. 32,00*). Ponieważ niema dokładnych wskazań do użycia tego środka, więc stosował go O. u wszystkich chorych z zanikiem nerwu wzrokowego, z wyjątkiem tych tylko, u których była silnie rozwinięta miażdżyca i jakakolwiek sprawa zapalna. Wszystkich przypadków w czasie jednego sezonu kąpielowego w Piatygorsku (Kaukaz) zebrał O. 18. Przypadki te można podzielić na następujące grupy: a) zaniki wiądowe, b) zaniki środkowe (*atrophia centralis*), nie wiądowe, c) zaniki następowe po zapaleniu nerwu, d) zapalenia siatkówki barwikowej z zanikiem nerwu wzrokowego. We wszystkich tych przypadkach tiosinamina żadnego wpływu na przebieg sprawy nie wywarła. W jednym tylko przypadku nastąpiło pewne polepszenie, ale chory oprócz tego energicznie się leczył z powodu kiły mózgu. Wobec tego wszystkiego odmawia O. tiosinaminie wszelkiego znaczenia w leczeniu zaniku nerwu wzrokowego. *Dr Z. Mańkowski.*

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie dnia 21. kwietnia 1909 r.

Przewodniczy Prof. Dobrowolski. — Obecnych członków 36.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Prym. Dr Borzęcki przedstawia dwoje dzieci, w wieku 10 i 6 lat, chorych na **świerzbiączkę** (*prurigo Hebrae*). Przypadek ciekawy i rzadki nie ze względu na postać kliniczną lub przebieg, lecz przez to, że sprawa występuje **u rodzeństwa** (chorzy są rodzonymi braćmi).

3) Prof. Dr Kostanecki przedstawia i objaśnia preparaty anatomiczne, a mianowicie: *a*) **uchyłek** w fałdzie między językiem a nagłośnią (*recessus plicae glosso-epiglotticae*); *b*) **macicę** dziecięcą **dwudzielną** (*uterus bipartitus*).

4) Doc. Dr Seńkowski okazuje konserwy owocowe i mięsne, wyrabiane w fabryce Rożańskiego i Ska w Bochni. Według rozbioru, dokonanego przez Doc. Dra Seńkowskiego, wyroby te nie zawierają żadnych surogatów tłuszczowych, ani środków konserwujących (jak np. kwas salicylowy lub borowy). Również za zaletę poczytać im można, że przechowywane są w naczyniach szklanych zupełnie hermetycznie zamkniętych, a nie w metalowych, jak to się dziać zwykło; nie nabierają przeto metalowego posmaku. Ponieważ nadto urządzenie fabryki, wprawdzie na małą skalę prowadzonej, odpowiada wymogom higienicznym, przeto mowca wnosi imieniem komisyi przemysłowej, aby Towarzystwo lek. poparło ów przemysł, dozwalając wyżej wymienionej firmie używać napisu, że wyroby jej poleca Towarzystwo lek. krakowskie. Wniosek ten przyjęto jednomyślnie.

5) Dr Frączkiewicz miał odczyt: **O doświadczeniach z gryseryną u chorych gruźliczych.** Prelegent przeprowadził próby z gryseryną (przetwór jodu) w 128 przypadkach, przeważnie u chorych, leczonych w szpitalu Braci miłosierdzia w Krakowie, w mniejszej liczbie na chorych ambulatoryjnych; stosował lek głównie w gruźlicy płuc, w kilku tylko przypadkach w gruźlicy kości. Chorzy znajdowali się w rozmaitych okresach choroby, od nieznacznych zmian w szczytach aż do okresu rozpadowego. Prelegent doszedł do przekonania, że gryseryna nie jest oczywiście lekiem swoistym przeciw gruźlicy, działa jednak pośrednio korzystnie na przebieg choroby, zniżając ciepłotę, podnosząc łaknienie, sprowadzając niekiedy znaczny nawet przybytek na wadze (w jednym przypadku 7 kg.). W owrzodzeniach gruźliczych i w gruźlicy stawów zauważył F. również szybkie gojenie się, w przypadkach jednak tych, jako w zakres chirurga wchodzących, wstrzymuje się prelegent od wydania sądu. U chorych, leczonych gryseryną przez czas dłuższy, stosował F. przy

końcu leczenia próbę Calmettea, która zawsze wypadała ujemnie. Po odczycie przedstawia prelegent dwóch chorych, leczonych gryseryną, okazujących znaczne polepszenie.

W dyskusyi zabiera głos Dr Korolewicz, oświadczając, że w klinice chorób wewnętrznych stosowano również gryserynę, lecz bez dodatniego wyniku; nie zauważono nawet owego korzystnego działania na przewód pokarmowy, o którem prelegent wspomina, przeciwnie często występowały biegunki po podaniu leku. — Prof. Lewkowicz zapytuje prelegenta, jakiej tuberkuliny używał przy próbie Calmettea; otrzymawszy odpowiedź, że nowej, wyjaśnia, że próba była nieodpowiednim przetworem robiona i musiała dać wynik ujemny, należało bowiem używać starej tuberkuliny. — Prof. Chlumsky zwraca uwagę, że w gruźlicy kości najrozmaitsze wstrzykiwania, nawet obojętne, mogą dać pozornie dobre wyniki, nie przypisuje więc i tutaj działaniu gryseryny żadnych skutków. Sądzi, że u tych chorych korzystnie zadziałało dobre odżywianie, zmiana niehigienicznych warunków na lepsze i t. p. *Dr Damski.*

Posiedzenie dnia 28/4 1909.

Przewodniczy Prof. Dobrowolski. — Obecnych członków 40.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Prof. Jaworski wygłosił wykład: **„O opsoninach w schorzeniach gruźliczych“.** (Rzecz przeznaczona do druku).

3) Kol. Korolewicz wygłosił wykład: **„O technice badania opsonin“.** (Rzecz przeznaczona do druku).

Następnie przedstawił kol. Korolewicz na chorym sposób oznaczania opsonin i szereg chorych, u których tę metodę stosował. Sekretarz: *Dr Morawski.*

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

XIII. Posiedzenie naukowe d. 23. kwietnia 1909.

I. Kol. Mikulski przedstawia chorego l. 40, z **akromegalią i otępieniem przedwczesnem** (*dementia praecox*), dotkniętego kiłą, nabytą od mamki jeszcze w dzieciństwie. — Dyskusya: Kol. Selzer radzi wstrzykiwać wyciągi z przysadki mózgowej. Kol. Selzer i prelegent omawiają leczenie zapomocą wycięcia przysadki mózgowej przez jamę nosową.

II. Kol. Bocheński: **O obłuszczeniu (dekapsulacyi) nerek przy drgawkach porodowych.** Prelegent dochodzi do wniosku, że obłuszczenie wtedy tylko może mieć znaczenie lecznicze, jeśli nerka jest duża, gdzie torebka silnie napięta wskazuje na znaczne podniesienie parcia śródnerkowego; nadto zabieg ten jest racyonalny tylko w czasie połogu, a nie w ciąży. Jest to jednak środek ostateczny, — gdy wszystko inne zawodzi. Prelegent zauważa, że pewne dane co do skuteczności obłuszczenia przy drgawkach porodowych można będzie uzyskać tylko na podstawie pewnych schematów z badania klinicznego i anatomicznego. — Dyskusya: Kol Czyżewicz jun. na podstawie dużego materyału z oddziału położniczego sądzi, że o wiele lepsze wyniki daje »accouchement forcé«. Kol. Prof. Sołowij podnosi niezłe wyniki przy zachowawczem leczeniu. Kol. Nowicki zwraca uwagę na pojawianie się adrenaliny we krwi psów, które wykonywały dużą pracę mięśniową (Schur i Wiesel). Sądzi, że przy stanach drgawkowych w ogólności, a więc i drgawkach porodowych, owo pojawienie się adrenaliny może następować i mieć znaczenie w rokowaniu, tem więcej, że badania nad zachowaniem się substancyi chromochłonnej (chromaffiny) w nadnerczach, przy takich stanach przeprowadzane przez niego, za temby do pewnego stopnia przemawiały. Kol. Hornowski widział znikanie krwi z moczu po obłuszczeniu nerek. W jednym przypadku drgawek porodowych wykazal znaczne zmiany tłuszczowe w śródbłonku naczyń, coby tłómaczyło większe przechodzenie białka. Kol. Gröbel sądzi, że tylko badania kliniczne i anatomiczne, wspólnie przeprowadzone, mogłyby odpowiedzieć na pytanie, o ile obłuszczenie może mieć wartość leczniczą. *Nowicki.*

Wydział lekarski Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu.

Nadzwyczajne Walne Zebranie d. 17. kwietnia 1909 r.

Myśl, powzięta przed szeregiem lat przez obecnego prezesa Wydziału Radcę Dra Franciszka Chłapowskiego, by uczcić pamięć znakomitego lekarza poznańskiego Józefa Strusia przez tablicę pamiątkową, została wreszcie po latach usilnych starań czcigodnego inicyatora wykonana i to w 400 rocznicę urodzin Strusia. Piękna tablica marmurowa została wmurowana w katedrze poznańskiej, a odsłonięcie jej dało powód do uroczystości, obchodzonej przez cały Wydział lekarski. Prócz licznego grona lekarzy z miasta i prowincyi przybyli na uroczystość Dr Włodzimierz Bugiel z Paryża, najlepszy znawca i dziejopisarz Strusia, który też część dochodu ze sprzedaży swego dzieła ofiarował na tablicę, dalej Prof. Dr Klecki z Krakowa, jako delegat Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, Dr Brudnicki, Dr Zbierzchowski i Dr Cukier jako delegaci kaliskiego Towarzystwa, oraz Dr Eugeniusz Piasecki ze Lwowa.

Uroczystość rozpoczęła się o godzinie $^1/_2$5 w Katedrze, gdzie w zastępstwie ks. Biskupa Dra Likowskiego przemówił ks. kanonik Dr Dalbor, podnosząc w pięknych słowach działalność Strusia i zwracając uwagę, jak w osobie słynnego tego uczonego i lekarza uwydatniają się historyczne węzły między stanem lekarskim a duchownym. Struś bowiem był równocześnie kanonikiem przy kościele farnym, a zawdzięczał swe wykształcenie prymasowi Janowi Łaskiemu i biskupowi Janowi Chojeńskiemu. Po zwiedzeniu prastarych pamiątek w katedrze pod przewodnictwem ks. kanonika Dra Dalbora udali się zebrani do nowego gmachu Tow. Przyjaciół Nauk, gdzie na wspólnej sali posiedzeń ks. biskup Dr Likowski, jako prezes Towarzystwa, zagaił uroczyste zebranie, witając gości i delegatów. Następnie Dr Bugiel podał życiorys i charakterystykę działalności Strusia. Na wstępie mowca wyraził wdzięczność Towarzystwu Przyjaciół Nauk i społeczeństwu wielkopolskiemu, że tak raźno zabrało się do dzieła, by uczcić pamięć zasłużonego męża. Z ową epoką, w której urodził się Struś w Poznaniu (r. 1510) łączą nas nierozerwalne nici. Owa epoka świetnych zwycięstw i tryumfów Zygmuntów była zarazem epoką, z której płynęło źródło przyszłych nieszczęść narodowych — wskutek popełnionych błędów — a jednak w epoce tej wyrosły takie duchy i umysły, jak Kopernik, Kochanowski, Klonowicz, Struś, których zasługi i dzieła podtrzymywały nasz byt narodowy i nie pozwalały nam ginąć umysłowo, gdyśmy musieli upaść politycznie. Z tego też względu uczczenie Strusia jest nietylko uczczeniem zasłużonego męża, ale też uczczeniem wewnętrznej siły narodu. Struś, a raczej Strusiek, jak nazywają go dokumenty, zachowane w archiwum poznańskiem, urodził się jako syn grzebieniarza ze skromnej rodziny mieszczańskiej, podobnie jak Kopernik, co świadczy, że już wówczas synowie wszystkich stanów służyli chlubnie ojczyźnie. Lecz Struś nie byłby stał się tem, czem został, gdyby nie pomoc możnego prymasa Jana Łaskiego, oraz sekretarza królewskiego Jana Chojeńskiego, którzy zajęli się młodzieńcem i łożyli na jego studya w Krakowie i we Włoszech. W Poznaniu kształcił się Struś w liceum Jana Lubrańskiego pocem w Krakowie zdobył sobie wielką wiedzę, nietylko lekarską, ale i ogólną. W r. 1531 wyjeżdża za granicę do Padwy, gdzie po trzech latach niezmiernie pilnych studyów zostaje nietylko doktorem medycyny, ale profesorem wszechnicy i gdzie pracował otoczony szacunkiem profesorów, a miłością uczniów do r. 1545. Wydał tutaj sławne swe dzieło »*Ars sphygmica*«, które zawiera niezmiernie subtelne i ciekawe spostrzeżenia, dotyczące tętna. Lecz tęsknota za krajem każe Strusiowi powracać do ojczyzny, gdzie staje się lekarzem wojewody wielkopolskiego Andrzeja Górki, a potem nadwornym lekarzem królewskim. Poprzednio był Struś w Konstantynopolu, gdzie uleczył sułtana Solimana, a sława jego sięgała tak daleko, że Filip II., król hiszpański, powoływał go do Madrytu. W Polsce pracował Struś dalej gorliwie naukowo, aż w r. 1568 padł ofiarą dżumy w Poznaniu. Struś był najznakomitszym lekarzem Odrodzenia, który sławę imienia polskiego rozniósł po całej Europie.

Po zamknięciu zebrania przez ks. biskupa Likowskiego, który w gorących słowach dziękuje prelegentowi, udali się zebrani na nową salę Wydziału lekarskiego, ufundowaną przez Dra Heliodora Święcickiego, a urządzoną poważnie a zarazem z wielkim smakiem.

Po zagajeniu przez prezesa, radcę Dra Fr. Chłapowskiego zabiera głos Dr Święcicki i w głęboko odczutych słowach kreśli historyę Wydziału lekarskiego, podnosząc przedewszystkiem zasługi Dra L. Gąsiorowskiego, który nietylko był słynnym w swoim czasie lekarzem, gorącym patryotą, ale pierwszym, który napisał »Historyę medycyny polskiej«. Dzieło to jest nieocenionem źródłem dla historyków i lekarzy, interesujących się historyą swego zawodu w Polsce, a zawiera obszerną biografię Strusia. Gąsiorowski był serdecznym przyjacielem nieśmiertelnej pamięci Dra Marcinkowskiego, z którym łączyły go

tesame ideały społeczne i narodowe. Gąsiorowski był też współzałożycielem Towarzystwa Przyjaciół Nauk, a w szczególności Wydziału lekarskiego, to też właśnie dzisiaj, gdy na nowo wracamy do tego gmachu odrodzonego, a jednak owianego wzniosłemi tradycyami naszych poprzedników, jemu przedewszystkiem cześć i wspomnienie się należy. Popiersie znakomitego lekarza, historyka i filantropa zdobi naszą bibliotekę, oby i duch jego panował w tej nowej sali i łączył wszystkich kolegów w pracy naukowej i koleżeństwie.

Po kilku słowach podziękowania syna ś. p. Dra Ludwika Gąsiorowskiego, radcy Dra Macieja Gąsiorowskiego za uznanie dla ojca, składa w imieniu krakowskiego Towarzystwa lekarskiego życzenia delegat tegoż Prof. Dr Klecki, poczem zabiera głos radca Dr Chłapowski, by w gorących słowach podziękować Dr Święcickiemu za wspaniałomyślne ofiarowanie sali Wydziałowi oraz za piękną jego przemowę.

Następnie odbył się wykład Prof. Dra Kleckiego: **Problemat dziedziczności w patologii.** (Rzecz będzie ogłoszona w całości drukiem).

Po Walnem Zebraniu odbyła się uczta koleżeńska w Bazarze, która do późnej nocy utrzymywała uczestników w uroczystym i serdecznym nastroju. Odczytano też liczne telegramy, nadesłane od różnych Towarzystw lekarskich i lekarzy. Nazajutrz popołudniu wygłosił Dr Eugeniusz Piasecki ze Lwowa nader ciekawy wykład na temat: »Ćwiczenia cielesne w świetle nowoczesnych badań«, o którym zdam sprawę później.

Dr Adam Karwowski.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Ze Związku krajowego lekarzy. Zwyczajny Zjazd delegatów odbył się w dniu 1 maja b. r. w domu lekarskim w Krakowie pod przewodnictwem zastępcy prezesa Dra Wacława Damskiego. Z ogólnego sprawozdania ustępującego Wydziału wyjmujemy następujące szczegóły:

W roku sprawozdawczym walczył Wydział z trudnościami, które powodowała trójstopniowość organizacyi (organizacye powiatowe, związki obwodowe, a wreszcie Związek krajowy) i połączone z nią znaczne opóźnianie wszystkich agend. Dlatego uchwalił Wydział zmienić statut w ogólnych zarysach w ten sposób, ażeby organizacya była jednostopniową, ale członkowie Związku mają się dzielić na Koła, wyposażone w pewną autonomię. Projekt tej zmiany przedłożył Wydział Zjazdowi delegatów.

Pisemne zgłoszenie przystąpienia z karą konwencyonalną na wypadek niedotrzymania zobowiązań zatrzymano po uskutecznieniu pewnych drobniejszych zmian.

Jako przyczynę małych stosunkowo postępów dotychczasowej organizacyi podaje Wydział znaną obojętność lekarzy, zbyt wielką ilość różnych nowych Towarzystw lekarskich, nieufność lekarzy do rzeczy nowych, wysoką wkładkę. Tę ostatnią przyczynę usuwa projekt nowego statutu w ten sposób, że pozostawia Zjazdowi delegatów oznaczenie wysokości wkładki na każdy rok administracyjny.

Wreszcie podnosi Wydział w sprawozdaniu rozpoczęcie układów z Towarzystwem lekarzy galicyjskich, celem wzajemnego wspierania się i uzupełniania obu stowarzyszeń.

Sprawozdanie skarbnika Dra Murczyńskiego za r. 1908.

Dochody.

Wpisowe	12·—	kor.
Wkładki członków	4692·40	»
Do funduszów wdów i sierót dary	3695·68	»
» » innych dary	1282·81	»
Odsetki od lokacyi	755·15	»
» » pożyczek	29·33	»
Zwroty zaliczek	402·67	»
» pożyczek	90·—	»
Inkassa obce	21·50	»
W obrocie wewnętrznym	839·20	»
Pozostałość kasowa z r. 1907	6050·93	»
Razem	17871·67	kor.

Rozchody.

Zapomogi	2125·—	kor.
Zaliczki	1088·54	»
Koszta administracyjne	1722·82	»
Depozyta	45·10	»
Inwentarz	38·14	»
Przekazano do funduszu im. H. Jordana	2204·96	»
» » » obrotowego rezerwow.	5325·97	»
» » » żelaznego	578·59	»
» » » im Dr Mączki	13·84	»
Rozchód w obrocie wewnętrznym	464·37	»
Razem	13607·33	kor.

Zestawienie:

Pozostał. z r. 1907	kor. 6050·93	Rozchody 1908	kor. 13607·33
Dochody r. 1908	» 11820·74	Pozost. na 1909	» 4264·39
	kor. 17871·67		kor. 17871·67

Fundusze Związku w d. 15. kwietnia 1909 wynoszą ogółem 34·484 kor. 15 hal.

Sprawozdanie kierownika administracyi znaczków receptowych Dra Żydłowicza za r. 1908.

Przychód.

Pozostałość kasowa z r. 1907	444·—	kor.
Ze sprzedaży znaczków	3502·54	»
Dary	51·55	»
Procenta	14·45	»
Zaliczki	225·99	»
Razem	4238·53	kor.

Rozchód.

Druk znaczków	428·—	kor.
Wydatki pocztowe	188·64	»
Wydatki kancelaryjne	148·52	»
Utrzymanie lokalu i służby	276·—	»
Różne	8·72	»
Zwrot zaliczek	227·—	»
Przekazano do funduszu wdów i sierot	2500·—	»
Saldo na rok 1909	461·65	»
Razem	4238·53	kor.

Sprawozdanie »Kasy pogrzebowej«.

Dochód w r. 1908	kor. 1760·65	Rozchód w r. 1908	kor. 1361·64
Pozost. z r. 1907	» 1110·87	Pozost. na r. 1909	» 1509·88
	kor. 2871·52		kor. 2871·52

W ciągu roku 1908 zmarło trzech kolegów: ś. p. Benda Antoni, ś. p. Olpiński Julian, ś. p. Krobicki Tadeusz. -- Suma premii pośmiertnych w r. 1908 wynosi kor. 1182 hal 20.

Oddział należytości miał w r. 1908 obrotu w przychodach i rozchodach po 479 kor. 76 hal.; kierował nim Dr Jaugustyn.

Oddział komercyjny miał w r. 1908 obrotu w przychodach i rozchodach po 566 kor. 82 hal.; kierował nim Dr Sokołowski.

Sprawozdanie Wydziału ogólne, sprawozdanie kasowe skarbnika i poszczególnych oddziałów Związku przyjęto i udzielono Wydziałowi absolutoryum.

Projekt statutu przyjęto w brzmieniu, przedłożonem przez Wydział, po dokonaniu niektórych poprawek w myśl wywodów Dra Józefa Bednarskiego, delegata organizacyi chrzanowskiej. Nadto uchwalono na wypadek zatwierdzenia nowego statutu, że wkładka na rok 1909 ma wynosić 12 K (rocznie).

Wybrano następujące władze Związku:

Wydział: Prezes Prof. Wicherkiewicz, zastępca Dr Damski, sekretarz Dr Weinsberg, jego zastępca Dr Jaugustyn, skarbnik Dr Murczyński, jego zastępca Dr Żydłowicz. Członkowie: Prof. Ciechanowski, Prof. Dobrowolski, Dr Flis, Dr Klęsk, Dr Owsiński, Dr Różecki, Dr Stahr.

Komisya kontrolująca: z Alwerni Dr Józef Bednarski, z Krakowa Dr Rydel i Dr Schneider.

Sąd polubowny: z Chrzanowa Dr Berggrün, z Krakowa Dr Grzybowski, Prof. Krzyształowicz i Dr Lustgarten, z Wadowic Dr Żędzianowski.

Uchwalono następujące wnioski:

1) Przypomnieć kolegom istnienie t. zw. Oddziału należytości, który zajmuje się ściąganiem zaległych honoraryów lekarskich, a zarazem obniżyć według uznania Wydziału prowizyę od ściągniętych honoraryów.

2) Utworzyć jak najrychlej biuro porady prawnej, a z czasem uczynić z Oddziału należytości część tego biura.

3) Ogłosić następującą odezwę:

Do wszystkich Kolegów!

W Izbie posłów Rady Państwa przyjdą wkrótce pod obrady dwa przedłożenia, które są bardzo ściśle związane z interesami materyalnymi i moralnymi stanu lekarskiego. Przedłożenia te zawierają: 1) ustawę o ubezpieczeniu społecznem, 2) ustawę o zwalczaniu chorób zakaźnych.

Wiemy o tem, że niektórzy posłowie, zasiadający w komisyi ubezpieczenia społecznego, usiłują te postanowienia projektu rządowego, które są dla lekarzy korzystne, zmienić, rzekomo dla dobra ludu, z wielkim uszczerbkiem dla stanu lekarskiego. Dlatego wzywamy usilnie wszystkich lekarzy w kraju, aby starali się wszelkiemi siłami wpływać na tych posłów, do których mają przystęp, by zechcieli bronić lekarzy i tak już bezmiernie wyzyskiwanych, przed nowym zamachem, grożącym ze strony tych, którzy chcieliby kosztem lekarzy zwiększyć swoją popularność. Do komisyi dla ubezpieczenia socyalnego należą z posłów galicyjskich: Wacław Budzynowski, Dr Eugeniusz Oleśnicki, Dr Robert Battaglia, Dr Stanisław Biały, Prof. Dr Józef Buzek, Prof. Dr Górski, Dr Henryk Kolischer, X. Stanisław Stojałowski i X. Dr Michał Żyguliński.

W projekcie ustawy o zwalczaniu chorób zakaźnych wymierzono zbyt szczupłe wynagrodzenia dla tych lekarzy, którzyby przy zwalczaniu chorób zakaźnych zarazili się i utracili czasowo lub stale zdolność do pracy. Zwołana przez Wydział krajowy ankieta w sprawie tego projektu ustawy wymieniła we wnioskach swych (z których zdał sprawę niedawno »Przegląd lekarski«), jakie zmiany byłyby w projekcie ustawy konieczne, aby lekarzom, zwalczającym choroby zakaźne, za ich ciężką i niebezpieczną pracę przysługiwało sprawiedliwe i odpowiednie zabezpieczenie. Dlatego wzywamy gorąco wszystkich kolegów, aby wpływając osobiście na tych członków Izby panów i Izby posłów w Wiedniu, do których mają dostęp, starali się o uzyskanie i w tym także projekcie ustawy takich świadczeń dla lekarzy, jakie się słusznie należą.

Wydział Związku krajowego lekarzy.

Sekretarz: *Dr Weinsberg*. Prezes: *Prof. Wicherkiewicz.*

W konflikcie z kasą chorych w Drohobyczu ponieśli lekarze, jak dotąd, porażkę, z przyczyn podobnych, jak w sprawie lekarza kolei północnej w Krakowie. Pomimo bowiem ostrzeżenia, ogłoszonego przez Izbę lekarską wschodnio-gal., znalazło się dwóch niesolidarnych kolegów, którzy się czynności w kasie chorych w Drohobyczu podjęli. Uchwały Izby, jak wiadomo, zniosło Namiestnictwo; Izba odwołała się wprawdzie do ministerstwa, ale po dotychczasowych smutnych doświadczeniach wątpić można, czy to odniesie skutek. Wobec tego, jak donosi »Głos lekarzy«, zamierza Izba lwowska na przyszłość w przypadkach podobnych zaniechać ostrzeżeń i nie przestrzegać tajności, ale ogłaszać dokładnie cały stan sprawy z wymienieniem nazwisk itp., w przypuszczeniu, że w ten sposób skuteczniej pobudzi lekarzy do solidarnego działania *R.*

Posada dla wdowy po lekarzu. Kolega 60-letni, mieszkający zagranicą, poszukuje dla pomocy w gospodarstwie i towarzystwa osoby starszej (40—50 lat), inteligentnej, muzykalnej, znającej się na gospodarstwie domowem, zdrowej. Posada przeznaczona jest dla wdowy po lekarzu, bezdzietnej, Polki (służba w domu jest polska). Warunki: odpowiednie wynagrodzenie, koszta podróży na miejsce, wszelkie wygody, stanowisko w domu, jak krewnej. Zgłoszenia zaraz do Zarządu Towarzystwa lekarskiego (Kraków, Radziwiłowska 4). Koledzy, którzyby znali odpowiednie, pomocy potrzebujące kandydatki, raczą zwrócić ich uwagę na tę posadę. *R.*

W sprawie powołania lekarzy do Rady pracy wnieśli w parlamencie austr. w d. 27. IV. b. r. interpelacyę posłowie Dobernig, dr Kindermann i tow., żądając, aby w sprawie tej stało się zadość słusznym żądaniom lekarzy. *R.*

Lekarze szkolni berlińscy uznali w r. 1907/8 z 228.000 uczniów szkół ludowych, 3000 za niezdolnych do szkoły, a 8000 pozostawili pod nadzorem lekarskim. Z 35.000 nowowstępujących dzieci u 13% wykazano różne cierpienia, jak niedokrwistość (2364), krzywicę (999), zołzy (660), gruźlicę (505) itp. Z zestawienia tego widać, jak potrzebną jest instytucya lekarzy szkolnych. *X.*

Do odpowiedzialności pociągnięto pewnego lekarza w Niemczech za to, że na karcie śmierci napisał, iż oglądano zwłoki, choć tak nie było. Widział on tylko umierającego, a o śmierci zawiadomił go lekarz ordynujący. W skardze zaznaczono, że w podobnych wypadkach lekarz nie może opierać się na zdaniu innej osoby, choćby ona była lekarzem. *X.*

Ze statystyki sanitarnej Austryi za r. 1905, ogłoszonej niedawno jako I zeszyt 82 tomu wydawnictw Centralnej komisyi statystycznej w Wiedniu zasługują na uwagę szczegóły następujące: Liczba szpitali w całej Austryi wynosiła w r. 1905 — 731 (w r. 1904 — 714), łóżek 52.873 (51.526). Jedno łóżko przypadało w Istryi na 112, w Wiedniu na 264, na Śląsku na 490, w Czechach na 555, na Bukowinie na 1024, w Dalmacyi na 1055, w Galicyi na 1208 mieszkańców — w całej Austryi średnio na 515 (w r.1904 — 524). W szpitalach tych leczono wśród 613.125 przypadków najwięcej chirurgicznych (46.166), potem ocznych, wenerycznych, następnie gruźlicy (31.845). Z gruźlicy zmarło w szpitalach 11.14% wszystkich zmarłych w tym roku na gruźlicę; w Galicyi stosunek ten wynosi 29.016: 1060 = 3.65%. Zakładów dla obłąkanych było w Austryi 41, a w nich 29.872 chorych; na 100 obłąkanych było pomieszczonych w zakładach i schroniskach: w Austryi dolnej 84·1, w Styryi 70·7, w Czechach 53·6, na Bukowinie 52·5, w Dalmacyi 37, w Galicyi tylko 35·1. Domów porodowych było w całej Austryi 18 z 1971 łóżkami (z tego w Galicyi 2 ze 116 łóżkami); 8 krajowych zakładów dla podrzutków utrzymywało 351 dzieci w zakładach, a 29.469 poza zakładami (Galicya dawała opiekę tylko 65, wyraźnie sześćdziesięciu pięciu podrzutkom). W 263 zdrojowiskach austryackich leczyło się w r. 1905 427.338 osób; po Karlsbadzie (59.736 osób), Baden, Marienbadzie, Ischlu, Abacyi, Meranie, Gmunden, Aussee, Franzensbadzie, idzie Zakopane (10.523) dopiero na dziesiątem, Krynica (7405) na dwunastem, Iwonicz (4568) na dziewiętnastem miejscu. Lekarzy było w r. 1905 w całej Austryi 11.037, z czego na posadach 7.369, wolnopraktykujących 4.335; w ciągu ostatniego dziesięciolecia wzrosła liczba lekarzy o 28·6%. Jeden lekarz przypadał w Pradze na 300, w Krakowie i we Lwowie na 400 mieszkańców, gdy już w Wiedniu na 600; o ile jednak oba nasze główne miasta cierpią na »przeludnienie lekarskie«, zaraz po Pradze największe, o tyle reszta kraju naszego ma niedobór lekarzy znaczniejszy, niż gdziekolwiek w Austryi; jeden lekarz przypada bowiem na 5183 mieszkańców Galicyi, gdy nawet w Krainie na 4847, w Dalmacyi na 4302. *R.*

Z demografii największego miasta na świecie. Z urzędowej statystyki z 1/XI 1908 wynika, że w granicach administracyjnych Londynu żyło 4,795.789 osób, nie wliczając w to dalszych 3 milionów, żyjących w najbliższem sąsiedztwie tego olbrzymiego miasta. Londyn przedstawia zatem największe zbiorowisko ludzi na ziemi. Rządzi w nim 101 rad miejskich lub innych ciał autonomicznych, składających się z 3.783 członków. Rodzi się 14 osób na godzinę, a umiera 8. Ulic jest tam 3.415 kilometrów, 611.876 domów, 28.265 fabryk i pracowni, 9 akrów parków i ogrodów publicznych. Londyn jest prawdopodobnie najbogatszem miastem na świecie: realności jego ubezpieczone są od gmin na łączną sumę 1.040,057.846 funtów szterlingów (około 26 miliardów koron). Na 33 mieszkańców wypada 1 rodowity Londyńczyk: na 100 mieszkańców 20 kończy w szpitalu lub w domu pracy (workhouse). Sumy rocznie poświęcane na ulżenie nędzy wynoszą powyżej 251 milionów franków. Londyn zjada rocznie 419.037 ton bitego mięsa importowanego, 58.735 wołów, 375.950 baranów, 174.332 ton ryb, 340 milionów litrów mleka; 60.275 osób zajętych jest sporządzaniem środków spożywczych: 13.756 pracuje piekarzy, 5.242 cukierników, 2.406 pracuje w fabrykach czekolady, 9.885 osób warzy piwo, a 4.283 osób wyrabia wody gazowe. Wspomnianych powyżej 28.265 fabryk i pracowni zatrudnia 558.641 osób. Sporządzaniem odzieży zajmuje się 130.500 krawców w 9.499 fabrykach i pracowniach (La Nature). *Stahr.*

Szpitali w Prusiech było w r. 1884 — 1155, a obecnie jest 2411, przybyło zatem 108·74%. W r. 1906 było w pruskich szpitalach 138.016 łóżek, t. j. 36·96 na 10000 ludności; leczono w tym roku w szpitalach 1,036.161, t. j. 277·47 na 10000 ludności; śmiertelność w szpitalach wynosiła 6·19%. Również prawie dwukrotnie wzrosła w tym czasie liczba szpitali w Saksonii, gdzie w r. 1887 było 98 szpitali z 5374 łóżkami, a obecnie jest 145 z 10.439 łóżkami. *R.*

Z administracyi znaczków receptowych.

Sprzedano znaczków:	4 h	1 h
Od roku 1904 do końca marca 1909	455,452	253,100
W kwietniu 1909	2,600	5,000
Razem	458,052	258,100

Dr Żydłowicz, administrator.

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 25. IV. do 1. V. 1909 doniesiono o nowych przypadkach duru plamistego w pow. Bohorodczany (Sołotwina 2), Brzeżany (Budyłów 2), Buczacz (Zadarów 1, Monasterzyska 2), Czortków (Bazar 2, Panszówka 2), Drohobycz (Medenice 1, Letnia 2), Horodenka (Hawrylak 7, Targowica 4, Czortowiec 7, Żywaczów 4, Obertyn 3, Niezwiska 6, Dżurków 1), Kołomyja (Słobódka polna 7, Gwoździec st. 4), Mościska (Czerniawa 4, Małnów 7, Małnowska wola 1), Nadwórna (Pniów 2), Podhajce (Sokolniki 13), Rawa (Ulhówek 2, Wulka mazow. 3), Sanok (Osławice 4), Skałat (Hlebów 1, Zarubińce 1, Kołodziejówka 1, Skałat stary 1), Śniatyn (Trościaniec 5), Sokal (Wolica kom. 1), Stryj (Korczyn 1), Żółkiew (Batiatycze 1, Kulików 5), Żydaczów (Mikołajów 1). *Dr T.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 25. IV. do 1. V. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 2 (w tem obcych 2), płonicy 9 † 4 (6 † 3), odry 1 (1), duru brzusznego 1 (1), gorączki połogowej 1 (1). *Dr Sch.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 25. IV. do 2. V. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 3 † 1 (w tem obcych 2 † 1), płonicy 21 † 3 (2 † —), odry 3, duru brzusznego 2. *Dr Legeżyński.*

Choroby zakaźne w Warszawie. Od 4. IV. do 17. IV. 1909 r. przybyło do szpitali warszawskich przypadków: ospy 8 † 1, płonicy 13 † 1, róży 8 † 2, duru plamistego 44 † 2, duru brzusznego 16 † 4, duru powrotnego 9, błonicy 3, grypy 8. (*Gaz. lek.* 18).

† Dr Józef Łuszczkiewicz.

W chwili ważnej, kiedy w sprawach sanitarnych kraju poczęły się ożywcze nowe prądy, kiedy w szpitalnictwie naszem przygotowują się doniosłe reformy, a zakres działania kraju w sprawach zdrowia publicznego szybko się rozszerza i pogłębia — traci kraj jednego z najgłówniejszych twórców tej »nowej ery«, któremu przez krótki czas Jego działalności już wiele zawdzięczać, a od którego jeszcze więcej spodziewać się należało. Strata tem cięższa, że ś. p. Łuszczkiewicz, jakby stworzony na stanowisko, które w ostatnich latach zajmował, posiadał obok niepospolitych zdolności i rozległej wiedzy lekarskiej oraz znawstwa w zakresie szpitalnictwa i spraw sanitarnych, gorące zamiłowanie rzeczy, że z szerokim poglądem na całość zadań społecznohigienicznych kraju łączył zapał, dzielność, prawość i gorący humanitaryzm.

Kształcił się i wyrabiał ś. p. Łuszczkiewicz wśród warunków, pozwalających bujnie rozwinąć się bogatym zasobom pięknej Jego duszy. W domu ojca, ś. p. prof. Władysława Łuszczkiewicza, oddychał atmosferą piękna i kultury; na wszechnicy krakowskiej, do której zapisał się w r. 1880, trafił szczęśliwie na okres, w którym młodzież wysoko podnosiła sztandar ideału i garnęła się żywo do pracy społecznej. Ś. p. Józef Łuszczkiewicz znalazł duchy pokrewne w gronie kolegów, do których należeli — przedwcześnie ze szkodą dla nauki polskiej i dla społeczeństwa zmarli — ś. p. dr Teodor Jendl, ś. p. dr Gustaw Piotrowski (profesor lwowski), ś. p. dr Franciszek Sroczyński (docent okulistyki w Krakowie), a dalej Jan Pawlikowski, K. Janowicz, Wł. Prokesch i inni.

Uzyskawszy dyplom doktorski, pracował ś. p. Łuszczkiewicz przez lat kilka jako sekundaryusz w szpitalu św. Łazarza w Krakowie, skąd w r. 1887 powołany został na stanowisko dyrektora szpitala w Sokalu. Na tem stanowisku pozostawał przez lat dwadzieścia, stawiając szpital swój w rzędzie najlepiej prowadzonych w kraju, a działalnością swoją jednając sobie wdzięczność i miłość ludności.

Powołany w r. 1906 na ważne stanowisko inspektora szpitali krajowych w Wydziale krajowym, wniósł z sobą obok zasobów wieloletniego praktycznego doświadczenia gorącą chęć służenia krajowi ze wszystkich sił, a bystrem okiem oceniwszy usterki naszego szpitalnictwa, zainicyował i zdołał w części wprowadzić w życie szereg jego ulepszeń, a przygotował grunt pod dalszy żywy postęp. Niestety wytężona i uciążliwa praca podkopała jego siły; już przed dwoma laty pojawiły się niepokojące oznaki nurtującej ustrój choroby, pomimo której nie porzucał ś. p. Łuszczkiewicz steru powierzonych sobie spraw, a której padł ofiarą, licząc zaledwie 47 lat życia.

Jeszcze na ławie uniwersyteckiej chwycił ś. p. Łuszczkiewicz za pióro, pracując jako publicysta w »Nowej Reformie«, pisząc korespondencye do warszawskiej »Prawdy« i »Przeglądu tygodniowego«, próbując sił swych także na polu beletrystyki w powieści p. t. »Dobry chłopiec«. Próby te dowodziły pierwszorzędnego talentu pisarskiego, który nie przestał objawiać się i później w każdej pracy ś. p. Łuszczkiewicza, nadając najsuchszym przedmiotom plastykę i barwę. Te prace późniejsze, z zakresu lekarskiego, dotyczyły umiłowanego przez ś. p. Łuszczkiewicza przedmiotu, szpitalnictwa. Ogłosił w »Przeglądzie lekarskim«: »Sprawozdanie ze szpitala w Sokalu za lata 1888, 1889, 1890« (1891), »Szpitale na prowincyi« (1898), »Ze szpitala powszechnego w Sokalu« (Sprawa szpitalnego leczenia gruźlicy) (1900), »Nowy szpital prowincyonalny« (1901), a w ostatnich latach nadzwyczaj sumienne i dające dobrze wycieniowany obraz obecnego stanu i postępu »Sprawozdanie ze szpitali krajowych«, przedkładane Sejmowi.

W szerokich kołach koleżeńskich pozostawia niewygasłą pamięć. *C.*

Wiadomości bieżące.

Kraków. Na posiedzeniu Wydziału Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej w d. 29. IV. 1909 uchwalono: W sprawie skargi organizacyi aptekarzy na Dra K. z T. zwrócić organizacyi uwagę na niewłaściwość czynienia zarzutów przed przeprowadzeniem śledztwa i prosić o fakta konkretne; równocześnie uchwalono zwrócić się do Dra K. z żądaniem wyjaśnień. W sprawie tytułów lekarskich, z powodu tablicy Dra X., uchwalono zwrócić się do Sekcyi jarosławskiej Tow. lek. gal., by ze względu na to, że sprawa tytułów ostatecznie ma być załatwiona na tegorocznym Wiecu Izb, na razie nie żądała od Dra X. usunięcia tablicy. W końcu załatwiono szereg spraw drobnych.

— Towarzystwo lekarskie krak. odbyło w d. 5. maja b. r. posiedzenie, na którem Prof. Kader przedstawiał przypadek słoniowaciny kończyny dolnej, leczony przez podwiązanie tętnicy udowej, przypadek przykurczenia stawu biodrowego i wycięty wyrostek robaczkowy, zmieniony nowotworowo, Dr Radliński przypadek stopy płaskiej leczony wycięciem kości łódkowatej, Doc. Gliński przypadek t. zw. Krukenbergowskich nowotworów jajnika i okaz znacznego rozdęcia kiszki powyżej zwężenia nowotworowego. Następnie w dyskusyi nad wykładem Prof. Jaworskiego »O opsoninach« przemawiali Dr Eisenberg, Prof. Bujwid i Dr Gertler. W końcu Doc. Gliński miał wykład: »O skręceniu osiowem macicy«. W dyskusyach zabierali głos: Prym. Dr Borzęcki, Prof. Ciechanowski, Prof. Dobrowolski, Doc. Gliński, Prof. Kader, Prof. Kostanecki.

— Zarząd Towarzystwa lek. organizuje szereg wykładów o gruźlicy, przeznaczając na nie posiedzeniu w maju i czerwcu.

— Jak słychać, podejmie Zarząd miasta na szerszą skalę próby smołowania (terowania) dróg na nowej alei spacerowej na Błoniach. Próby te zasługują na żywe uznanie ze względów higienicznych, ponieważ niekosztowny ten stosunkowo sposób konserwacyi dróg bitych, wydający znakomite wyniki w Szwajcaryi, na Rivierze francuskiej i używany już w niektórych miastach austryackich (Graz), jest jednym z najlepszych sposobów zwalczania pyłu. W alei na Błoniach powinien być on tem rychlej wprowadzony, że obecnie jest to miejsce tłumnych przechadzek ludności miasta. Podobno w alei tej w godzinach przechadzek ma być ograniczony ruch automobilowy, co ze względów higienicznych również byłoby zarządzeniem prawdziwie postępowem.

— W d. 2. V. b. r. zebrało się w sali Towarzystwa lekarskiego grono lekarzy higienistów, techników i pedagogów w sprawie Zjazdów higienistów polskich, których urządzenie uchwalił X. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich. Z narad, w których uczestniczył prezes Warszawskiego Towarzystwa higienicznego, Dr Polak, wynikło, że pierwszy Zjazd należałoby urządzić w Krakowie i że inicyatywę powinny wziąść na siebie Towarzystwo lekarskie i techniczne.

— Dyplom doktorski uzyskał p. Józef Antoni Gartner, rodem z Rzeszowa.

— Zwracamy uwagę kolegów (we wszystkich zaborach) na wiadomość o posadzie dla wdowy po lekarzu, umieszczoną w rubryce »Wiadomości zawodowych«.

— Jedno ze zdrojowisk naszych dało w r. b. dobry przykład, za którym inne pójśćby powinny. Mianowicie r. c. Dr Krzyżanowski i Dr Praschil, lekarze zdrojowi w Truskawcu, ogłosili drukiem starannie opracowane »Sprawozdanie sanitarne«, obejmujące oprócz dat statystycznych, wiadomość o ulepszeniach w zdrojowisku już dokonanych, zarządzeniach sanitarnych starostwa i t. p., — a co najważniejsza, szczegółowy wykaz dostrzeżonych w zdrojowisku usterek, planowanych na r. 1909 urządzeń, oraz projekty i wnioski lekarzy zakładowych. Otwarte zestawienie braków jest najlepszym dowodem, że nie brak szczerej chęci i poważnych usiłowań, by je usunąć, a poddanie publicznej kontroli postępów zakładu jest krokiem rozumnym, który można śmiało nazwać najlepszym sposobem, zapewniającym rozwój zdrojowiska.

Lwów. Wydział krajowy przedłożył Rządowi na ręce ministra spraw wewnętrznych memoryał w sprawie rządowego projektu ustawy celem ochrony i zwalczania chorób zakaźnych. Memoryał, oparty w głównych zarysach na wynikach zwołanej przez Wydział krajowy w tej sprawie ankiety, z której w swoim czasie zdaliśmy sprawę, ujmuje rzecz także szczegółowo ze stanowiska prawniczo-administracyjnego, podkreślając silniej postulaty autonomiczne; z wniosków ankiety pomija memoryał wszystkie punkta; odnoszące się do sprawiedliwego zaopatrzenia lekarzy, którzy przy zwalczaniu chorób zakaźnych nabawili się choroby (§ 34), do wynagradzania lekarzy za doniesienia (§ 35), oraz do ewentualnego podwójnego donoszenia o chorobie (§. 2).

— Dyplom doktorski uzyskał p. Henryk Józef Glanz, rodem z Przemyśla.

Warszawa. »Pamiętnik Towarzystwa lekarskiego warszawskiego« wydał w r. b. Zeszyt I i II naraz w ostatnich dniach kwietnia. Wobec tego w przyszłości spodziewać się można rychlejszego (t. j. z początkiem każdego kwartału) ukazywania się tego pisma, które powinno być żywiej, niż dotąd, popierane przez lekarzy naszych, a to tem więcej, że cena tego poważnego pisma jest bardzo nizka. Poparcie to jest tem konieczniejsze, że niezmiernie pożyteczny »Przegląd piśmiennictwa lekarskiego polskiego«, wychodzący w »Pamiętniku«, z powodu trudności finansowych już o rok się opóźnił (za r. 1906 wyszedł dopiero w r. 1908) i musiał być zmniejszony. Dalsze wydawnictwo »Przeglądu piśmiennictwa« jest jednakże nieodzownie potrzebne; toteż należy mieć nadzieję, że Redakcya »Pamiętnika« ogłosi wkrótce »Przegląd piśmiennictwa« za r. 1907 i 1908, a nasz ogół lekarski powinien wydawnictwo to jak najgoręcej poprzeć.

— Pracownia Towarzystwa lekarskiego otwiera 15/V b. r. oddział, w którym każdy członek Towarzystwa będzie mógł wykonywać wszelkie badania z zakresu dyagnostyki pracownianej. D. 28/V odbędzie się w pracowni demonstracya metodyki odczynu Wassermanna w zastosowaniu do duru brzusznego, gruźlicy i kiły. Dla oddziałów szpitalnych wydaje pracownia bezpłatnie szczepionki Wrighta, szczepionkę przeciwdurową Kollego i przeciwpaciorkowcową Gabryczewskiego.

— Wyszedł z druku pierwszy zeszyt czasopisma p. t. »Gruźlica«, wydawanego pod redakcyą Dra S. Sterlinga z Łodzi i B. Dębińskiego z Warszawy, przy stałym udziale dwudziestu kilku lekarzy ze wszystkich stron Polski. W gronie tem znajdują się nazwiska wybitnych naszych klinicystów i znawców przedmiotu. Zeszyt pierwszy, poświęcony pamięci Teodora Dunina, zawiera artykuły: Dr. S. Sterlinga: »Ogólny plan walki z gruźlicą«, Dr. A. Sokołowskiego: »Co u nas w Królestwie dotychczas zrobiono w sprawie walki z gruźlicą?« Dr. T. Janiszewskiego: »Walka z gruźlicą w Galicyi« i szereg sprawozdań. Nowe pismo może ożywczo wpływać na sprawę walki z gruźlicą u nas, sprawę, dotąd zbyt wolno postępującą. Przedpłata roczna 5 kor., 2 rb.

— Wydatki zakładu obłąkanych w Tworkach wyniosą w r. 1909 334.783 rb., dochody 305.617; deficyt pokryty być ma z zaległości kosztów leczenia.

Z różnych stron. Międzynarodowa konferencya w sprawie raka odbędzie się we wrześniu 1910 w Paryżu. Na konferencyi tej zapadnie uchwała w sprawie międzynarodowej statystyki raka i statystyki wyników operacyjnych.

— Zjazdy internistów niemieckich odbywać się będą na zasadzie uchwały tegorocznego Zjazdu na przyszłość tylko w Wiesbaden.

Mianowani: w Warszawie: dr Smurzyński lekarzem miejscowym, dr Paszkiewicz asystentem-eksternem szpit. św. Rocha; dr W. Kowalewski lekarzem miejscowym szpitala wolskiego; dr Konwerski i dr Szwarcenberg asystentami-eksternami szpit. izraelickiego.

Dr Mac Callum profesorem anatomii patol. w »College of Physicican« w New-Yorkus.

Dr Ignacy Link ze Lwowa generał-lekarzem sztabowym.

Zmarli: b. prof. propedeutyki lekarskiej w Erlangen, dr Fleischer w Monachium, b. prof. okulistyki dr Laqueur w Strassburgu, prof. pedyatryi dr Dillon Brown w Burlington. Dr Stefan Stamirowski w 38 r. ż. w Warszawie.

Redakcya otrzymała: Krzyżanowski i Praschil: Truskawiec, sprawozdanie sanitarne zakładu zdrojowo-kąpielowego za r. 1908. Lwów 1909.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 12. maja 1909 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: Wykład Dra Eisenberga: »Etyologia i rozpoznanie przyczynowe gruźlicy«, jako pierwszy z szeregu wykładów o gruźlicy, zorganizowanego przez Zarząd Towarzystwa.

Walne Zgromadzenie galicyjskiej Kasy dla chorych lekarzy we Lwowie odbędzie się **dnia 29 maja 1909 roku o godzinie 6 wieczorem we Lwowie** w lokalu **Izby lekarskiej** (ul. Dominikańska l. 11). Porządek dzienny: 1) Sprawozdanie z ubiegłego roku, sekretarz Dr Lilien. 2) Sprawozdanie kasowe, skarbnik Dr Kwiatkiewicz. 3) Sprawozdanie komisyi kontrolującej. 4) Wybór nowego wydziału. 5) Ewentualne wnioski członków.

W razie braku kompletu następne Zgromadzenie odbędzie się w ten sam dzień o godzinie $6^1/_2$ wieczorem bez względu na ilość obecnych.

Sekretarz: *Dr Lilien.* Przewodniczący: *Dr Festenburg.*